ANUARIO

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA

REVISTA SEMESTRAL

DEDICADA

AL EXAMEN RETROSPECTIVO DE TODOS LOS DESCUBRIMIENTOS Y ADELANTOS PRÁCTICOS EN LAS CIENCIAS MÉDICAS

Tomado en parte del Retrospect of Medicine del Dr. BRAITHWAITE, completado con artículos de publicaciones de otros países

POR

G. REBOLES Y CAMPOS ⚕ F. GARCÍA MOLINAS

Doctores en Medicina.

ILUSTRADO CON 28 grabados INTERCALADOS EN EL TEXTO

Segunda serie.—Tomo X.—Julio á Diciembre de 1889.

ANUARIO INTERNACIONAL

Francisco Nicolás y Ruiz

MADRID

LIBRERÍA EDITORIAL

DE D. CARLOS BAILLY-BAILLIERE

Premiado con Medalla de Oro en la Exposición de Matanzas 1881 *y de Barcelona* 1888, *y con Medalla de Plata en la de París* 1889.

Plaza de Santa Ana, núm. 10.

1889

Derechos reservados.

ANUARIO

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA

Segunda serie.—Tomo X.—Julio á Diciembre de 1889.

PRINCIPALES CORRESPONSALES

ALAVA—*Vitoria.*—López Munain.—Bernardino Robles.
ALBACETE.—Sebastián Ruiz.
ALICANTE.—Marceli.—*Alcoy.*—Botella.—Gimeno.
ALMERÍA.—Mariano Alvarez Robles.
AVILA.—José Carrascoso.
BADAJOZ.—Francisco Alvarez González.
BALEARES.—*Palma.*—Guasp.—Puigrredón.—*Mahón.*—Sintes.
BARCELONA.—J. Güell.—Juan Llordach
BURGOS.—Viuda é hijos de Herce.—S. R. Alonso.—C. Avila é hijo.
CÁCERES.—J. del Pozo y Mateos.
CÁDIZ.—Ibáñez y Prado.—Morillas.—José Vides.—*Jerez de la Frontera.*—Bueno.—Miguel Gener.
CANARIAS.—*Santa Cruz de Tenerife.*—Delgado Yúmar.—*Santa Cruz de la Palma.*—T. Torres Lulan.
CASTELLON.—Rovira hermanos.
CIUDAD-REAL.—R. Clemente Rubisco.—Francisco Ruiz Morote.
CÓRDOBA.—Manuel García Lovera.
CORUÑA.—A. Escudero.—*Ferrol.*—E. Varela.—*Santiago.*—B. Escribano.
GERONA.—F. Vila.—Paciano Torres.
GRANADA.—Guevara.—Ventura y Sabatel (en testamentaría).
GUADALAJARA.—Rafael García.
GUIPÚZCOA.—*San Sebastián.*—Baroja.—M. Darrassén.—Viuda de Oses.
HUELVA.—Viuda de Muñoz é hijos.
HUESCA.—F. Iglesias Lacostena.
JAÉN.—Bermejo hermanos.—José Rubios Arcos.
LEÓN.—Garzo.—Miñón.
LÉRIDA.—Corominas.—E. Ribelles.
LOGROÑO.—Ortoneda.—Viuda de Pablo Zabala.
LUGO.—Juan Antonio Menéndez.
MADRID.—Bailly-Bailliere.
MÁLAGA.—A. Rubio.
MURCIA.—Rafael Almazán.—*Cartagena.*—W. García.
NAVARRA.—*Pamplona.*—Regino Bescansa.—Joaquín Lorda.
ORENSE.—N. Pérez.—Pérez Resvie.—V. Miranda.
OVIEDO.—Juan Martínez.—*Gijón.*—Hermógenes Andrade.—L. Méndez.
PALENCIA.—Eleuterio Rincón.
PONTEVEDRA.—J. Buceta.—*Vigo.*—J. J. del Aguila.—Eugenio Krapf.
SALAMANCA.—Calón (Viuda de).—Manuel Hernández.—Vicente Oliva.
SANTANDER.—Gumersindo Carriles.—Luciano Gutiérrez.
SEGOVIA.—S. Rueda.—Félix Santiuste.
SEVILLA.—Tomás Sanz.—Fe.
SORIA.—Vicente Tejero.
TARRAGONA.—J. Font.
TERUEL.—Joaquín Abad.
TOLEDO.—Menor hermanos.—J. Peláez.
VALENCIA.—Francisco Aguilar.—Pascual Aguilar.—Ramón Ortega.
VALLADOLID.—Jorge Montero.—Juan Nuevo.—Hijos de Rodríguez.
VIZCAYA.—*Bilbao.*—Dochao.—Villar.
ZAMORA.—Nicanor Fernández.
ZARAGOZA.—Gasca.—Sanz.

Isla de Cuba.

HABANA.—Chao.—Viuda de Villa.—H. Villa y compañía.
MATANZAS.—Albuerne y C.ª—Carreño y Sobrino.—*Cárdenas.*—Albitos.
PINAR DEL RÍO.—Mijares.
SANTA CLARA.—Santiago Orti.
SANTIAGO DE CUBA.—J. Pérez Dubrull.

Puerto-Rico.

PUERTO-RICO.—José J. Acosta.—B. F. Sanjurjo 2.º
MAYAGÜEZ.—F. Gatell.
PONCE.—Olimpio Otero.

Filipinas.

MANILA.—Enrique Bota.
LAOAG.—Jerónimo Javier.
ILO-ILO.—Pineda hermanos.

América central.

GUATEMALA.—Antonio Partegás.
NICARAGUA.—*León.*—F. Mayorga.
REPÚBLICA DOMINICANA.—*Santo Domingo.*—Henríquez y Carvajal.

América septentrional.

MÉJICO.—Ortega y Vázquez.—*San Juan Bautista.*—J. M. Graham.
SAN FRANCISCO DE CALIFORNIA.—Tanzy, Carvajal y compañía.—L. Gregoire y compañía.

América meridional.

BOLIVIA.—*La Paz.*—J. M. Farfán.—Forgues.—Vidal.
CHILE.—*Concepción.*—Serrato.—*Santiago.*—Avalos.—*Valparaíso.*—C. Nieméyer.—*Tacna.*—Vidal y C.ª
COLOMBIA.—*Bogotá.*—Pérez.—*Barranquilla.*—Mayans.—*Cartagena.*—Vélez, hijo.—*Panamá.*—Preciado y C.ª—A. Mora.
ECUADOR.—*Guayaquil.*—P. Janer.—*Quito.*—R. Montesdeoca.
PERÚ.—*Lima.*—B. Gil.—*Arequipa.* J. M. Farfán.
REPÚBLICA ARGENTINA.—*Buenos Aires.*—Jacobsen y C.ª—G. Mendesky.—*Córdoba.*—L. Simián.
URUGUAY.—*Montevideo.*—Rius.
VENEZUELA.—*Caracas.*—Rojas.—*Maracaibo.*—M. N. Rincón y compañía.

Antillas holandesas.

CURAÇAO.—*Willemstad.*—Bethencourt é hijos.

Extranjero.

PARÍS.—J. B. Bailliere é hijos.—Roger et Chernoviz.
LONDRES.—Bailliere, Tindall and Cox.

ANUARIO

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA

REVISTA SEMESTRAL

DEDICADA

AL EXAMEN RETROSPECTIVO DE TODOS
LOS DESCUBRIMIENTOS Y ADELANTOS PRÁCTICOS EN LAS
CIENCIAS MÉDICAS

Tomado en parte del RETROSPECT OF MEDICINE del Dr. BRAITHWAITE,
completado con artículos de publicaciones de otros países

POR

G. REBOLES Y CAMPOS  F. GARCÍA MOLINAS

Doctores en Medicina.

ILUSTRADO CON 28 grabados INTERCALADOS EN EL TEXTO

Segunda serie.—Tomo X.—Julio á Diciembre de 1889.

ANUARIO INTERNACIONAL

MADRID
LIBRERÍA EDITORIAL
DE D. CARLOS BAILLY-BAILLIERE
Premiado con Medalla de Oro en la Exposición de Matanzas 1881
y de Barcelona 1888, *y con Medalla de Plata en la de París* 1889.
Plaza de Santa Ana, núm. 10.
1889

Derechos reservados.

El editor y propietario de esta obra, **D. Carlos Bailly-Bailliere**, ha adquirido, mediante un contrato con los Autores de la misma, el derecho exclusivo de publicarla en idioma castellano; y habiendo cumplido con los requisitos que marca la *Ley de Propiedad intelectual*, tanto en España como en sus posesiones de Ultramar, nadie tendrá derecho á reproducir en todo ó en parte esta obra sin su autorización por escrito.

INDICE DE MATERIAS

RESUMEN.. . . . . PÁGINAS 1 á 155

MEDICINA PRÁCTICA

Medicina y terapéutica general.

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
1 Sobre los resultados de los métodos de inoculación de Pasteur en el tratamiento de la hidrofobia.	*Dr. A. Ruffer*	156
2 Sobre el tratamiento de la fiebre..	*Dr. F. Huertas*	163
3 Sobre las descargas precríticas en las enfermedades agudas; causas del estado tifoideo..	*Dr. A. Robin*	165
4 Sobre un sistema especial de inyección hipodérmica de ciertos medicamentos irritantes ó cáusticos.	*Dr. J. L. Gimbert*	167
5 Valor comparativo de la antipirina, antifebrina y fenacetina como antipiréticos.	*Dr. A. Crombie*	171
6 Sobre el tratamiento antiséptico de la viruela..	*Dr. Lewentaner*	174
7 Sobre las anemias..	*Dr. G. See*	178
8 Tratamiento de la hipohemia intertropical.	*Dr. Cursino de Moura*	181
9 El lavado del organismo en los envenenamientos.	*Prof. Sanquirico*	183
10 Tratamiento de la púrpura hemorrágica por el nitrato de plata..	*Dr. C. Paulet*	186
11 Más sobre la acción terapéutica de la exalgina.	*Dr. Bardet*	189

Afecciones del sistema nervioso.

12 Sobre el tratamiento del insomnio.. . . .	*Dr. Jastrowitz*	192
13 Observaciones sobre catorce casos de afección de la médula espinal tratados por el método de la suspensión..	*Dr. Stewart*	196
14 Curabilidad de la parálisis general de los enajenados	*Dr. Voisin*	199
15 Sobre las crisis laríngeas tabéticas. . . .	*Dr. Charcot*	202
16 Sobre dos formas de parálisis de los niños	*Dr. d'Espine*	204
17 Sobre un nuevo método de suspensión en el tratamiento de la ataxia locomotriz..	*Dr. W. Mitchell*	207

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
18 Sobre el paraldehido en las afecciones mentales	*Dr. Th. Smith*	208
19 De la compresión de la carótida primitiva en la hemorragia cerebral	*Dres. Spencer y Horsley*	212
20 Efectos consecutivos del paraldehido y el sulfonal	*Dr. Hay*	30 y 214
Enfermedades de los órganos de la circulación.		
21 Nuevo medicamento en las afecciones cardiacas; el azúcar de leche como diurético	*Dr. G. See*	217
22 La disnea tóxica en las cardiopatias arteriales; su tratamiento	*Dr. H. Huchard*	220
23 Sobre la acción terapéutica de la coronilla y su glucóside la coronillina en las afecciones cardiacas	*Dr. Haushalter*	223
24 Sobre el pulso lento permanente con ataques epileptiformes; su tratamiento	*Dr. Huchard*	228
Afecciones de los órganos de la respiración.		
25 Sobre la pseudo-fiebre del heno (rinitis hipertrófica crónica); sus síntomas y tratamiento	*Dr. Bronner*	230
26 Sobre las anomalías del tipo febril en la pulmonía fibrinosa	*Dr. Bertrand*	234
27 Sobre el espasmo glótico de origen nasal	*Dr. Ruault*	238
28 Sobre el tratamiento del crup espasmódico por el opio	*Dr. Meigs.*	241
29 Del ácido láctico en el tratamiento de las afecciones nasales	*Dr. Astier*	243
30 Sobre la profilaxia de la tuberculosis	*Dres. Dujardin-Beaumetz, Daremberg y See*	245
31 Sobre la pulmonía infecciosa	*Dr. S. Hergueta.*	248
32 De las inyecciones intrapulmonares de naftol alcanforado en la tuberculosis pulmonar	*Dr. Fernet*	252
33 Sobre las inhalaciones de ácido fluorhídrico en la gangrena del pulmón	*Dr. F. Huertas*	254
34 Uso tópico de las soluciones de nitrato de plata en la laringitis crónica	*Dr. Solis Cohen*	257
Afecciones de los órganos digestivos.		
35 Sobre el tratamiento de la úlcera gástrica	*Dr. Ord*	259
36 Sobre dos casos de timpanitis aguda del abdomen curados por la acupuntura	*Dr. Oliver*	261
37 Más sobre el uso de los enemas y supositorios de glicerina	*Dr. Polubiusky*	263
38 Nuevos elementos de diagnóstico diferencial entre la úlcera y el cáncer del estómago	*Dr. Raucier*	266
39 Tratamiento del catarro gastro-intestinal en los niños	*Dr. Davis*	269
40 Sobre la diarrea infantil y su tratamiento	*Dr. Lord Babcock*	274
41 Esterilizador de vapor de Arnold. Un aparato para esterilizar la leche	*Dr. T. M. Checman*	278
42 Del estómago en los cardiacos	*Dr. G. See*	280

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
43 Sobre los trastornos intestinales en los tuberculosos	*Dr. Potain*	285
44 Sobre los antiácidos gástricos en la dispepsia ácida é irritación estomacal con vómitos	*Dr. Roberts*	289
Afecciones de los órganos urinarios.		
45 Sobre los antiácidos renales para prevenir la formación del cálculo de ácido úrico	*Dr. Roberts*	292
46 Sobre el tratamiento de las nefritis agudas y subagudas	*Dr. Delafield*	295
47 Observaciones sobre el tratamiento de la uremia crónica por la morfina, con dos casos	*Dr. Mackenzie*	72 y 297
48 Sobre las neuralgias vesicales	*Dr. Hartmann*	304
49 Sobre el empleo de la cocaína en la diabetes	*Dr. Oliver*	307
CIRUGÍA		
Amputaciones, fracturas, dislocaciones y afecciones de los huesos, articulaciones, etc.		
50 Sobre el método de Kocher para reducir las dislocaciones subcoracoideas del húmero	*Dr. Ch. Powers*	311
51 Sobre el uso de la anestesia mixta y de las mezclas tituladas como medios de evitar ó de atenuar los accidentes de la anestesia	*Dr. Arloing*	317
52 De la cirugía conservadora del pie y de la ablación del astrágalo en las resecciones tibio-tarsianas por osteo-artritis supuradas	*Dr. Ollier*	322
53 Sobre el tratamiento consecutivo de las artropatías	*Dr. Guyón*	324
54 Empleo de la trementina y el raspado en las soluciones de continuidad	*Dr. Banks*	327
55 Sobre la cura atópica	*Dr. García Díaz*	329
56 Sobre el tratamiento del infarto glandular escrofuloso	*Dr. Duncan*	331
57 Sobre los tumores gaseosos del cuello	*Dr. L. H. Petit*	334
58 De la amputación intradeltoidea superior	*Dr. Dubrueil*	338
59 Sobre el tratamiento de los infartos escrofulosos	*Dr. F. Treves*	90 y 340
Cerebro y sistema nervioso.		
60 Sobre el tratamiento quirúrgico del tic doloroso inveterado. Operación de Carnochán	*Dr. R. Abbe*	344
61 Sobre un caso de enfermedad de Morván (panadizo analgésico) seguido de autopsia	*Profs. Prouff y Gombault*	348
Órganos de la circulación.		
62 Sobre el tratamiento radical de las venas varicosas	*Dr. H. Bennet*	350

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
63 Sobre los angiomas de la región parotídea	*Dr. H. Hartmann*	356
Órganos de la respiración.		
64 Observaciones sobre la operación de la tirotomía en el tratamiento del cáncer laríngeo	*Dr. Stokes*	359
Canal alimenticio.		
65 Modo de usar las placas óseas en la cirugía intestinal, según el método del profesor Senn	*Dr. Jessett*	364
66 Sobre algunos casos de fístulas del ano y abscesos de la región ano-rectal	*Dr. Cestan*	369
67 Sobre la operación de la proctectomía en la afección cancerosa del recto	*Dr. Jessop*	67 y 372
68 Sobre la operación de la colotomía para el cáncer del recto	*Idem id.*	376
69 Del puente mucoso para reconstituir el borde libre del labio inferior después de la ablación de los tumores epiteliales; procedimiento del doctor León Tripier	*Dr. Imbert*	381
70 Suplemento importante á la operación de la colotomía inguinal	*Dr. Allingham*	386
71 Indicaciones para la cura radical de la hernia	*Dr. Barret*	391
72 Caso de laparotomía por perforación del apéndice vermiforme quince horas después de la presentación de los síntomas agudos; curación	*Dr. Weir*	395
73 Un caso feliz de la operación de Loreta en el estómago	*Dr. F. Treves*	398
Órganos urinarios y de la generación.		
74 Sobre las estrecheces uretrales orgánicas profundas y su tratamiento	*Dr. Keyes*	404
75 Sobre las condiciones de receptividad del aparato urinario para la invasión microbica	*Dr. Guyón*	406
76 Sobre los resultados de la uretrotomía dilatante	*Dr. N. Otis*	410
77 Sobre la sutura de la herida hecha en la vejiga después de la litotomía suprapubiana	*Dr. Ch. Bond*	412
78 El evacuador perfeccionado de Otis	*Dr. N. Otis*	414
79 Sobre la prostatectomía suprapubiana en casos de retención crónica de orina por infarto prostático	*Dr. McGill*	415
80 Sobre el endoscopio de Leiter aplicado al tratamiento de las enfermedades de la vejiga	*Dr. H. Thompson*	422
81 Observaciones sobre la posición del paciente en las operaciones suprapúbicas	*Prof. Trendelemburg*	425
82 Sobre la curación radical del hidrocele por la extirpación del saco	*Dr. F. A. Southam*	428

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
83 Sobre el tratamiento del cistocele inguinal.	*Dres. Monod y Delageniere*	430
Afecciones de la piel.		
84 Sobre la trichomycosis nudosa: una afección bacilar del pelo del escroto y axila.	*Dr. Patterson*	435
85 Sobre las aplicaciones del jabón verde en las dermatosis.	*Dr. Slocker*	440
86 Sobre el uso del etilato de sodio en el tratamiento de la hypertrichosis.	*Dr. A. Jamison*	444
87 Sobre la identidad de la erisipela y de la linfagitis aguda.	*Dres. Verneuil y Clado*	446
88 Sobre el uso del arsénico en las afecciones vesiculosas de la piel, especialmente en los niños.	*Dr. Bulkley*	447
89 Examen microscópico del lupus vulgar y su relación con la tuberculosis; tratamiento.	*Dr. Batling*	450
90 Sobre la disidrosis pompholix.	*Dr. Viñerta Bellaserra*	454
91 Sobre el uso del ictiol y la resorcina en el tratamiento de las afecciones cutáneas.	*Dr. Bulkley*	456
Afecciones sifilíticas y venéreas.		
92 Sobre los efectos y tratamiento de la gonorrea en las mujeres.	*Dr. Ch. Cullingworth*	122 y 457
93 Sobre la blenorragia crónica y su tratamiento.	*Prof. Castell*	461
94 Sobre las ventajas ó inconvenientes del ioduro de potasio bajo el punto de vista de su empleo en la sífilis.	*Dr. Fournier*	465
95 Sobre los antisépticos locales propios para el tratamiento de la sífilis.	*Dr. Hallopeau*	467
96 Sobre las inyecciones de cinabrio en el tratamiento de la sífilis.	*Dr. Soukhoff*	472
97 Sobre una nueva sal antisifilítica.	*Prof. Stoukovenkoff*	474
98 De la cromocitrometria aplicada á la indicación y á la tolerancia del tratamiento mercurial y de todas las sustancias alterantes.	*Dr. Semmola*	475
99 Sobre el pseudo-reumatismo sifilítico del período secundario.	*Dr. Fournier*	477
Afecciones de los ojos y oidos, etc.		
100 Sobre el tratamiento de la catarata no madura.	*Dr. Critchett*	479
101 Sobre la operación de la peritomia.	*Dr. Ford*	482
102 Sobre un nuevo método de tratar algunas formas graves de inflamaciones de la córnea.	*Dr. Walker*	484
103 Sobre el tratamiento de la oftalmia purulenta y dacriocistitis por irrigación antiséptica.	*Dr. Jones*	486
104 Algunas consideraciones acerca del estudio del estrabismo.	*Dr. Trousseau*	490

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
105 Sobre la trasplantación de colgajos cutáneos por el método de Wolfe	*Dr. Esmarch*	493
106 Sobre el tratamiento de la otitis granulosa, según el doctor Politzer	*Dr. Natier*	496
107 Sobre la influencia del aire de mar en las enfermedades de los oídos	*Dr. Moure*	499
108 Sobre el tinnitus áurium y su tratamiento	*Dr. Dalby*	501
109 Sobre una útil modificación del aparato de Laurenço	*Dr. Cereseto*	506
110 Sobre el tratamiento de los abscesos de la córnea	*Dr. García Calderón*	508
Obstetricia y enfermedades de la mujer, etc.		
111 Sobre los síntomas, curso y tratamiento de la gestación extrauterina	*Dr. Duncan*	511
112 Sobre la autoinfección en ginecología	*Dr. Kaltenbach*	517
113 Instrucción para las parteras respecto á la profilaxia de la fiebre puerperal	*Red. del Berliner Klin. Wochenschrift*	521
114 Sobre el tratamiento de la metritis crónica	*Dr. Dumontpallier*	522
115 Sobre el tratamiento de la placenta previa y métodos para cohibir la hemorragia	*Dr. Braxton Hicks*	525
116 Sobre el valor de la electricidad en ginecología	*Dr. Playfair*	530
117 Sobre la técnica de las inyecciones de ergotina en ginecología	*Drez. Brumm, Lilienfeld, Emgelmann, etc.*	536
118 El empleo de la creolina como antiséptico en obstetricia	*Dr. Garrigues*	537
119 Sobre los falsos pólipos del útero	*Mlle. Anna Klasson*	540
120 Sobre la operación de Kehrer para los pezones deprimidos	*Dr. Erneot*	542
121 Del masaje en ginecología	*Dr. Gaudin*	544
122 Sobre la rotura del útero y su tratamiento	*Dr. William T. Lusk*	548
123 De la ablación de la mama	*Dr. Terrillón*	552

APÉNDICE

Medicamentos nuevos, etc., etc.

Antipirina (dimetiloxiquinicina)		559
Hazelina		560
Ouabaina	*Dr. Gley*	560
Preparaciones y polvos fermentescibles digestivos	*Dr. Fairchild*	560
Solucion de aceite de hígado de bacalao y extracto de cebada de Kepler		560
Sulfonal (dietilsulfondimetilmetane)		560
Tabloides hipodérmicas		561
Timpanos auditivos antisépticos artificiales	*Dr. Ward Cousins*	561
Trementina pura	*Dr. Murrel*	561
Vaporoles		561
Zymina		562

ARTÍCULOS CORTOS DEL RESUMEN

NO INCLUÍDOS EN LA LISTA PRECEDENTE

Acido canfórico (Del) en las inflamaciones catarrales	*Dr. Max. Niessel*	1

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
Anemias (El bicromato de potasa en las). . . .	*Dr. Morado*	1
Antifebrina como veneno.	*Dres. Freund, Leo y Kronecker*	2
— en la orina (Método rápido para descubrir la).	*Philadelphia Med. and Surg. Reporter*	3
Antipirina y antifebrina en la fiebre tifoidea..	*Dr. Scott*	3
Bezanilida (La) en las enfermedades de los niños.	*Dr. Kahn*	4
Cáncer (Vaselina y morfina como aplicación local en el).	*Dr. Richardson*	4
Chimaphila umbellata (Sobre la); hierba para mear.	*Dr. Adet*	5
Creolina como antiséptico. Opiniones de los doctores alemanes.	*Dres. Baumgarten, Behring y Eisenberg, etc.*	6
— (Sobre el empleo de la).	*Dr. Max Kortum*	7
Difteria en los niños (Tratamiento de la).. . .	*Dr. J. Simón*	8
Difteritis (Tratamiento de la).	*Dres. Seibert y Henning*	9
Exalgina; nuevo analgésico.	*Dres. Dujardin-Beaumetz y Bardet*	10
Fiebre tifoidea (El timol en la).	*Dr. Testi*	12
Gota (Tratamiento de la).	*Dr. Ebstein*	12
Hydracetina; nuevo antipirético.	*Dr. Paul Guttmann*	13
Mentol como antineurálgico. Su uso interno..	*Dr. Mac Laury*	14
Metacetina (La); nuevo antitérmico.	*Dr. Maubert*	15
Naftol como antiséptico local (Fórmulas para el).	*Dr. Eloy*	15
Obesidad (Tratamiento de la).	*Dres. Schewedinger y Œrtel*	16
Raquitismo (Tratamiento del) por el fósforo á pequeñas dosis.	*Prof. Mandelstamm*	17
Reumatismo en la infancia. Tratamiento.. . .	*Dr. Cheadle's*	18
Saturnismo crónico (Tratamiento del) por la corriente continua..	*Dr. Semmola*	19
Styrona como antiséptico.	*Dr. Beach*	19
Teina (La) como analgésico.	*Dr. Mays*	20
Trementina (Nueva erupción producida por la).	*Dr. Ernest Feiber*	20
Abasia trepidante..	*Dr. Charcot*	21
Ataxia locomotriz. Tratamiento por suspensión.	*Dr. Hammond*	22
— — Tratamiento por suspensión. Resultados..	*Dr. Bernhardt*	23
Ciática (El descanso y los sacos de hielo en casos graves de).	*Dr. Weir Mitchell*	24
Convulsiones (Tratamiento de las).	*Dr. Knagges*	24
Delirio ó insomnio (Uso del paraldehido en el).	*Dr. Mansel Sympson*	25
— consecutivo á una dosis de sulfonal.	*Dr. George Foy*	25
Epilepsia (Tratamiento de la).	*Dr. Kowalewski*	26
Lesiones de la zona motriz de la corteza cerebral (Diagnóstico de las)..	*Dr. Horsley*	27
Neuralgia (Fenacetina en el tratamiento de la).	*Dr. Ott*	28
— del trigémino (Uso del butylcloral en la).. .	*Dr. Liebreich*	29
Paraldehido y sulfonal comparados.	*Dr. Hay*	29
— en las afecciones mentales (Dosis apropiada del).	*Dr. Clonston*	30
Vendaje de cuerpo húmedo (Sobre la acción somnífera del).	*Dr. Aldorfes*	30

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
Cardiopatías (Indicaciones y contraindicaciones del empleo de los vejigatorios volantes en las)	*Dr. Jaccoud*	31
Enfermedades del corazón (Pronóstico de las)	*Dr. Leyden*	31
Incompetencia aórtica (Uso de la digital en la)	*Dr. Graham*	32
Inhalaciones de cloroformo en el tratamiento de las enfermedades del corazón y de los pulmones	*Prof. Rosenbach*	33
Insuficiencia cardiaca (De la tintura de estrofantus contra la)	*Dr. H. Gratz*	34
Asma del heno (Tratamiento del)	*Dr. Ch. Eloy*	34
— — (Tratamiento por el galvanocauterio)	*Dr. Havilnad*	35
Bronquitis catarral (Tratamiento de la)	*Dr. Flascher*	36
Cirugía nasal antiséptica (Sobre la)	*Dr. Rice*	36
Coqueluche (Tratamiento de la) con el iodofenol	*Dr. Rothe*	38
Crup espasmódico. Su tratamiento por el opio	*Dr. Meigs*	39
— idiopático (Uso del aceite de trementina en el)	*Dr. Lewentaner*	39
Faringitis granulosa. Estadística y tratamiento	*Dr. Lawrence*	40
Ozena. Tratamiento por la glicerina	*Dr. Sillo*	42
— (Uso del bálsamo del Perú en la)	*Prof. Rosenbach*	43
Pleuresía (Tratamiento de la)	*Dr. Drzewiecki*	43
— aguda (Del empleo de la cafeína en la)	*Dr. Eloy*	44
Pulmonía (Sobre el contagio de la)	*Dr. Vetter*	45
Rinitis atrófica y ozena. Tratamiento	*Dr. Rault*	46
Rinoplastia (Técnica de la)	*Dr. Czerwinsky*	47
Sudores nocturnos (Uso del sulfonal en los)	*Dr. Bottrich*	47
— — (Nuevo medicamento para los). Acido agárico	*Dr. Hofmeister*	48
Tisis (Inhalación de aire caliente en la)	*Dr. C. Sears*	49
— laríngea (Tratamiento de los síntomas dolorosos de la)	*Dr. Luc*	49
Tos ferina (Antipirina en la)	*Dr. Lowe*	50
— — (Fenacetina en la)	*Dr. Heimann*	51
Tuberculosis laríngea (Uso del mentol en la)	*Dr. Ossadovski*	51
— pulmonar (Guayacol y creosota en la)	*Dr. Bourget*	52
— y otras afecciones de las vías respiratorias (Del fluoruro de boro en la)	*Dr. A. Alberto*	53
Absceso peritiflítico (Tratamiento del)	*Dr. Weir*	53
Almidón en enemas y supositorios	*Del Edinburgh Medical Journal*	54
Cáncer del recto (Discusión sobre el tratamiento del)	*Dr. Marsh*	55
— — (Discusión sobre el tratamiento del)	*Dr. Banks*	56
— — (Discusión sobre el tratamiento del)	*Dr. Gill*	57
— — Tratamiento medicinal	*Dr. Jessop*	57
Disentería en los niños (Tratamiento de la)	*Dr. Jacoby*	58
Estrechez del píloro (Diagnóstico de la)	*Dr. Angerer*	59
Estrecheces del esófago (Del uso de la laminaria en las)	*Dr. Senator*	60
Hemorroides; tratamiento por la crisarobina	*Dr. Kosobudski*	60
— (Tratamiento de las)	*Dr. Potain*	61
Hernia (Operación radical de la) por el procedimiento del doctor Barker	*Congr. Russ de Chir.*	61
Ictericia (Pilocarpina como específico en la)	*Dr. W. Wilkowski*	62

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
Irritabilidad estomacal y vómitos. Agua de cal y leche	*Dr. Roberts*	63
Lavado estomacal en los niños	*Dr. Seibert*	63
Muguet (La sacarina contra el)	*Dr. Fournier*	64
Peritonitis tuberculosa (Laparotomía para la)	*Dr. Ceccherelli*	65
Polvos laxantes (Fórmula para unos)	*Dr. Dujardin-Beaumetz*	66
Proctectomía en el cáncer del recto	*Dr. Jessop*	67
Resección del recto	*Dr. Levy*	67
Tabletas digestivas. Fórmulas antifermentescibles	*Dr. Dujardin-Beaumetz*	68
Diabetes. Nuevo pan para diabéticos	*Dr. Pouchet*	68
— (Opinión francesa sobre la antipirina en la)	*Dres. Panas, See y Dujardin-Beaumetz*	69
— sacarina (Sacarina como sustituto del azúcar en la)	*Dr. Purdy*	70
Enuresis nocturna (Tratamiento de la)	*Dr. Baruch*	70
Estrechez uretral (Electrolisis lineal en la)	*Mr. Lavaux*	71
Evacuación manual de la vejiga	*Dr. Heddaeus*	71
Laceraciones de la uretra del hombre (Diagnóstico y tratamiento de las)	*Dr. Marghen*	72
Uremia (Uso de la morfina en la)	*Dr. St. Mackenzie*	72
Apósito sin vendas; pasta antiséptica	*Dr. Socin*	74
Artrectomía; casos á que debe limitarse	*Dr. Duncan*	76
Cuerpos extraños en las articulaciones (Extirpación antiséptica de los)	*Dr. Samuel*	76
El hilo como material para ligaduras y suturas	*Dr. Heyder*	77
Espina bífida (Tratamiento quirúrgico de la)	*Dr. Bayer*	77
Formación de una nueva cavidad cotiloidea	*Dr. Ogston*	78
Fractura del cuello del fémur (Tratamiento de la)	*Dr. Senn*	79
— de la rodilla. Nuevo método de tratamiento	*Dr. Robson*	80
— — Nueva sutura extraarticular	*Dr. Myles*	81
— — tratada uniendo con alambre los fragmentos	*Dr. Ceci*	81
Isquemia local	*Dr. Verstraeten*	81
Ligadura de la arteria tiroidea inferior (Técnica de la)	*Dr. Rydygier*	83
Nueva preparación del iodoformo para las inyecciones	*Dr. Espina y Capo*	84
Psoitis supurante (Trepanación de la pelvis en la)	*Dr. M. Gangolphe*	84
Quemaduras y sabañones	*Dr. Zuboff*	85
Resección tibio-peroneo-tarsiana (Nuevo procedimiento para la)	*Dr. Creus*	85
Sozoiodol (Accion terapéutica del)	*Dr. Nischmann*	86
Uña encarnada (Tratamiento operatorio de la)	*Dr. Anger*	87
Bocio. Nueva serie de 250 casos de Kocher	*Dr. Fraenkel*	88
Desagüe. Su supresión en las grandes operaciones quirúrgicas	*Dr. Bœckel*	88
— Presión como sustituto de los tubos de desagüe en las heridas	*Dr. McGill*	89
Infartos escrofulosos. Importancia del descanso	*Dr. Treves*	90

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
Infartos escrofulosos. Tratamiento por la trementina y el raspado	*Dr. Bancks*	91
Lanolina y percloruro de mercurio en cirugía	*Dr. Gottstein*	91
Salol en cirugía	*Dr. Corner*	92
Tendón injertado; un caso en que dió buen resultado	*Dr. Robson*	93
Tubérculo de la mama (Caso de)	*Dr. P. Shattock*	94
Acné frontalis seu-necrótico	*Dr. Boeck*	96
— vulgaris. Pasta de naftol ó resorcina	*Dr. Isaac*	96
Afecciones cutáneas inflamatorias agudas (Acido pícrico en las)	*Dr. Calvelli*	97
Alopecia areata (Tratamiento antiparasitario)	*Dr. Lassar*	98
— furfurácea prematura. Tratamiento	*Idem*	98
Ectima (Tratamiento del)	*Dr. Renault*	100
Eczema (Tratamiento local del)	*Dr. Mackintosh*	100
— (Tratamiento del)	*Dr. Unna*	101
— crónico (Tratamiento del)	*Dr. Lawrence*	102
— escamoso del dorso de la mano	*Dr. Unna*	102
Erisipela (Tratamiento de la)	*Dr. Behreng*	103
Eritema, intertrigo ó escocido de los niños de pecho (Tratamiento del)	*Dr. Olavide*	103
Estados precancerosos de la lengua	*Dr. Butlin*	104
Foliculitis destructiva (Calvicie resultante de la)	*Dr. Jamieson*	105
Herpes circinatus (Opiniones sobre el)	*Dres. Butle, Quinquaud, Besnier y Vidal*	106
Leukoplakia buccalis (Uso del bálsamo del Perú en la)	*Dr. Rosenberg*	107
Liquen. Su tratamiento por el petróleo	*Dr. Paul*	108
Lupus vulgaris. Tratamiento	*Dr. Barling*	108
Nuevos remedios en las afecciones cutáneas	*Dr. Schwimmer*	109
Prúrigo (Del uso interno del ácido fénico en el)	*Dr. Bertolus*	109
Prurito senil (Tratamiento del)	*Dr. Besnier*	110
Pruritus é irritabilidad cutánea (Un método de tratamiento del)	*Dr. Porritt*	110
— Su tratamiento por el mentol	*Dr. Saalfeld*	111
Psoriasis (Ioduro de potasa en la)	*Dr. Haslund*	111
— inveterada (Tratamiento de la)	*Dr. Barduzzi*	113
Sarna (Tratamiento de la)	*Dr. Kaposi*	113
Sicosis. Tratamiento	*Dr Jackson*	113
Sudor de los pies (Uso del ácido crómico en el)	*Medical Chronicle*	114
Sudores de los pies y de las manos (Tratamiento de los)	*Dr. Unna*	215
Tiña tonsurante (Nuevo tratamiento de la)	*Dr. Vidal*	116
— — (Tratamiento de la)	*Dr. Jamiesson*	116
Tiol (Propiedades terapéuticas del)	*Dr. Buzzi*	116
Ulceras cancerosas. Método para cubrirlas con piel sana	*Dr. Kraske*	117
Ungüentos nuevos	*Dr. Mannheim*	117
Vegetaciones y epiteliomas	*Dr. Baratowx*	118
Verrugas (Tratamiento de las) por la tintura de iodo al interior	*Dr. Imossi*	118
Xanthoma multíplex, plánum, tuberósum, molluscíforme	*Dres. Lehzen y Knauss*	119
Zóster atípicus histérico-gangrenoso	*Dr. Kaposi*	119
Blenorragia (Tratamiento de la) por el escobillado	*Dr. Huguet*	120
		121

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
Gonorrea (Salicilato de mercurio en la)	*Prof. Schwimmer*	122
— (Tratamiento antiséptico de la)	*Prof. Du Castel*	122
Sífilis y chancro blando (Tratamiento de la)	*Dr. Szadek*	123
Vacuna sifilítica	*Prof. Fournier*	124
Conjuntivitis catarral	*Dr. Grasselli*	125
Desprendimiento de la retina (Tratamiento del) por la sutura con un hilo de catgut	*Dr. Galezowski*	126
Forunculosis del conducto auditivo (Mentol en la)	*Dr. Cholewa*	126
Glaucoma (Indicaciones de la esclerotomía y de la iridectomía en el)	*Dr. Loshechnikoff*	127
Granulaciones de la conjuntiva (Tratamiento de las) por el masaje y el ácido bórico pulverizado	*Dr. Rohmer*	127
Neuritis óptica específica. Tratamiento	*Dr. Horstmann*	128
Oftalmia granulosa (Sublimado corrosivo en la)	*Dr. Arnauts*	128
— simpática (Sobre la)	*Dr. Abadie*	129
Otorrea. (Tratamiento por el ácido bórico pulverizado	*Dr. Meyer*	130
Pilocarpina en las afecciones del oído	*Dr. Kosegarten*	131
Teléfono (Acción del) sobre el aparato auditivo	*Dr. Gelle*	132
Albuminuria durante el embarazo y parto	*Dr. Meyer*	133
Belladona y cáñamo indio. Su uso por el recto en ginecología	*Dr. Thomson*	134
Cornutina (Sobre el empleo de la)	*Dr. Farlow*	135
Dismenorrea (Tratamiento de los dolores de la)	*Dr. Richard*	135
Eclampsia puerperal. Tratamiento	*Dr. Jaggard*	136
Embarazo; puntos de diagnóstico en los tres primeros meses	*Dr. Lohlain*	137
Endometritis crónica; uso del tapón de tanino y glicerina para el diagnóstico	*Dr. Schultze*	137
— — y catarro uterino, etc. (Electricidad en la)	*Dr. Playfair*	138
Esterilización de la leche con que se alimenta á los niños	*Dr. Eisemberg*	138
Fibroides uterinos. Naturaleza y limitación del tratamiento	*Dr. Mundé*	139
Grietas de los pechos	*Dr. Mitropolski*	140
Hemorragias uterinas debidas á los fibromas (De la dilatación no cruenta del cuello uterino en las)	*Dr. Kaltenbach*	140
Inyecciones antisépticas en obstetricia (Uso y abuso de las)	*Dr. Garrigues*	140
— intrauterinas (Accidentes provocados por las)	*Dr. Magin*	143
Inversión uterina. Repositor hidrostático de Gowan	*Dr. Gowan*	144
— — de diez y seis meses de existencia. Curación	*Dr. Newman*	145
Ligadura de las arterias uterinas	*Dr. Gubaroff*	146
Mamitis parenquimatosa y flemón de la mama (Tratamiento de la) con una cura envesada	*Dr. Meisel*	147
Membranas retenidas. Tratamiento	*Dr. Eberhart*	148
Nefrectomía y sección abdominal	*Dr. Knowsley*	148

ARTÍCULOS	AUTORES	PÁGINAS
Nuevo procedimiento operatorio para alcanzar los órganos pélvicos, recto, S ilíaca, etcétera	*Dr. Zukerhand*	149
Ovariotomia (De la oclusión intestinal después de la)	*Dr. Hirsch*	150
Pelvis estrechas (Terapéutica de las)	*Dr. Dührssen*	151
Placenta previa (Tratamiento de la) por la versión combinada	*Dr. Lower*	152
— retenida. Causas y tratamiento	*Dr. Ahlfeld*	153
Provocación del parto prematuro. Dilatadores de Hegar	*Dr. Lewers*	153
Sublimado corrosivo y creolina en obstetricia	*Dr. Garrigues*	154

RESUMEN

EXTRACTO DE LOS ARTÍCULOS MÁS PRÁCTICOS DE ESTE TOMO, CON OTROS DE CORTA EXTENSIÓN TOMADOS DE LOS DIARIOS MÉDICOS, QUE DAN Á CONOCER LAS INDICACIONES MÁS IMPORTANTES DEL TRATAMIENTO, PUBLICADOS POR DIVERSOS AUTORES DURANTE EL SEMESTRE ÚLTIMO Y DISPUESTOS POR ORDEN ALFABÉTICO.

MEDICINA Y TERAPÉUTICA GENERAL

Acido canfórico (Del) en las inflamaciones catarrales, por el doctor Max. Niessel.—Es sabido que Reichest y Furbringer recomiendan esta sustancia contra las inflamaciones de las mucosas. El autor la ha usado bajo la forma de embadurnamientos, gargarismos, pulverizaciones é inhalaciones, y admite la eficacia de las fumigaciones de 2 gramos de ácido canfórico durante la noche para disminuir los sudores de los tísicos.

Las preparaciones líquidas se obtienen adicionando al ácido canfórico bicarbonato sódico al 5 por 100, hasta disolución de este ácido y cesación del desprendimiento de ácido carbónico. Prestan buenos servicios en toques hebdomadarios contra la laringitis ó la rinitis catarrales.

Niessel atribuye á las inhalaciones cierta utilidad contra la tisis. Disminuyen la irritación y facilitan la expectoración. La acción terapéutica del ácido canfórico en gargarismo es más dudosa. (*Deuts. med. Woch.*, 1889.)

Anemias (El bicromato de potasa en las).—En atención á la vitalidad que esta sal da á la sangre en la platina del microscopio, y pensando que muy bien pudiera ejercer en el organismo acción marcada sobre la nutrición, favoreciendo los cambios moleculares y activando el proceso de reparación que con tanta insuficiencia se realiza en la anemia, creyó oportuno el doctor Morado, de Marianao (Cuba), emplear en el tratamiento de este proteoclínico el bicromato de potasa.

A este efecto hace disolver 5 centigramos de bicromato

de potasa, purificado por cristalizaciones repetidas, en 250 gramos de agua, á la que comunican un color amarillo de ámbar y un sabor ligeramente estíptico; cada 5 gramos de la solución representa un miligramo de la sal, dosis que ha usado generalmente en las veinticuatro horas, que rara vez fué necesario aumentar.

En más de 30 observaciones recogidas por el doctor Morado, ha conseguido resultados que le autorizan á formular las conclusiones siguientes, sin perjuicio de continuar la investigación y estudio:

1.ª El bicromato de potasa no ha producido trastornos gástricos ó de otro género.

2.ª Ha despertado el apetito.

3.ª Ha dado vitalidad á los hematíes, y por consiguiente ha levantado la nutrición.

4.ª Las dosis empleadas han sido débiles.

5.ª Ha sido revelado en la orina. (*Crónica Médico-quirúrgica de la Habana*, junio de 1889.)

Antifebrina como veneno (*Edinburgh Med. Journal*, abril de 1889).—Un caso de envenenamiento por la antifebrina ha publicado el doctor C. S. Freund, de Colonia, en el *Deutsch Medicin Wochenschrift*, XIV, pág. 41, 1888. Un hombre de veintinueve años tomó 6 gramos de antifebrina en dos dosis iguales y en cuatro horas, á cuya ingestión siguió la presentación de una cianosis alarmante que se extendía hasta la punta de la nariz y uñas de los dedos, acelerándose extraordinariamente el pulso. A los tres días, aunque lentamente, había desaparecido. La sangre, examinada microscópica y espectroscópicamente, se encontró normal. La cantidad de orina no aumentó ni había ninguna alteración especial en su color, aunque estaba disminuída su gravedad específica.

Este caso, según observa el autor (en *Schmidt's Jahrbücher*, enero de 1889, pág. 19), demuestra el efecto comparativamente benigno aún de las dosis excesivas de antifebrina cuando se administra en casos no febriles. En los que hay fiebre, sin embargo, los síntomas desagradables son proporcionalmente mucho más frecuentes. El doctor Leo Lowenthal, de Frankfort, y el doctor Kronecker, de Berlín, refieren en el número correspondiente á septiembre de 1881 del *Therap. Monatschrift* casos febriles en los que la ad-

ministración de pequeñas dosis de esta sustancia fué seguida de gran depresión. El doctor Simpson, de Nueva-York, tomó, sin embargo, por vía de experimento una dosis de 5 gramos sin sentir molestia alguna. (*Medical Chronicle*, agosto, pág. 405.)

Antifebrina en la orina (Método rápido para descubrir la).—Relacionado con esta cuestión hay en el *Philadelphia Med. and Surg. Reporter* un método rápido para descubrir la presencia de la antifebrina en la orina, basado en la producción de la reacción del iodofenol en cualquier parte donde se forme anilina, pues la antifebrina en sí ofrece gran resistencia á los agentes químicos. He aquí el detalle:

Mézclese la orina que ha de examinarse con un cuarto de su solución de ácido sulfúrico concentrado, y hiérvase durante algún tiempo. Después de filtrada añádase una gota de ácido carbólico líquido y otras cuantas de una solución de cloruro de cal. Si hay antifebrina aparece una coloración roja, la cual, con la adición de amoníaco, se volverá azul. (*Medical Chronicle*, agosto de 1889.)

Antipirina y antifebrina en la fiebre tifoidea.—En la sesión de mayo de 1889, de la British Medical Association, el doctor Scott Skirving decía: Con estas dos sustancias tenemos indudablemente un medio poderoso para hacer descender la temperatura. Mi experiencia con ellas ha sido principalmente en la fiebre tifoidea; pero también las he encontrado útiles en la neumonía, peritonitis y exanthemata. Respecto á la fiebre tifoidea, he llegado por ahora á las siguientes conclusiones: 1.ª Ninguna de estas dos sustancias abrevia el curso de la fiebre. 2.ª Aunque la temperatura puede descender, con la antifebrina vuelve á subir, y creo que á más altura que antes. 3.ª Ambas sustancias pueden producir síntomas de colapso, especialmente la antifebrina, aun en dosis muy pequeñas. 4.ª Creo que el tratamiento rutinario de una fiebre continua por los antipiréticos químicos es inútil, estando únicamente indicados en la pirexia inicial de una inflamación aguda ó un exantema, y en aquellos casos en que peligre la vida por la intensidad de la fiebre, y en los que contrarrestada durante algún tiempo por el uso conveniente de di-

cho cuerpo, no es probable que se reproduzca. (*Australasian Medical Gazette*, junio, pág. 238.)

Bezanilida (La) en las enfermedades de los niños.—La bezanilida, $C^6H^5AzH.COC^6H^5$, se presenta bajo la forma de un polvo blanco, cristalino, difícilmente soluble en el agua, soluble en el alcohol (á 20° en la proporción de 1 á 58); es un poco oleoso al tacto y deja un gusto ligeramente quemante.

Kahn ha empleado este medicamento en gran número de enfermedades febriles en los niños. Es aceptado sin repugnancia y bien tolerado. Nunca ha observado cianosis. En una niña de siete años (tuberculosis miliar), después de la administración de 4 decigramos de bezanilida, se declaró una erupción pasajera de grandes manchas que ocupaban el antebrazo, el cuello y las extremidades inferiores, que es considerada por el autor como un exantema sudoral.

Como han demostrado Kahn y Hepp, la bezanilida es un antipirético enérgico. El descenso de la temperatura tiene lugar casi lo mismo que después de la administración de la acetanilida; su elevación consecutiva es más lenta. El descenso de la temperatura va acompañado de un sudor que dura hasta tres horas. El pulso se hace también más lento. La tensión sanguínea aumenta y se alivia el estado general. La bezanilida no tiene influencia alguna sobre la digestión y sobre la diuresis.

Las dosis fueron de $0^{gr},1$ á $0^{gr},2$ (niños de uno á tres años), de $0^{gr},2$ á $0^{gr},4$ (cuatro á ocho años) y de $0^{gr},6$ (á los de más edad). Los sujetos débiles y anémicos reciben dosis menos fuertes. La dosis máxima en veinticuatro horas fué de $3^{gr},2$. En general es necesario emplear en los niños una dosis de bezanilida dos veces mayor que de acetanilida.

Es preciso hacer notar que á veces la bezanilida no obra de la misma manera en los mismos enfermos en distintos días, sin que se pueda encontrar la causa de ello. Además el organismo se habitúa á ella con el tiempo. (*Nouveaux Remèdes*, 24 mayo de 1889.)

Cáncer (Vaselina y morfina como aplicación local en el).—La morfina, combinada con la vaselina, forma una de las mejores aplicaciones calmantes en los casos de cáncer externo con ulceración y dolor continuo. Se prescribe del modo siguiente: Vaselina pura, 30

gramos; cloroformo, 6 gramos; morfina, 20 centigramos. Mézclese y hágase un ungüento. Usando el cloroformo puede emplearse mayor cantidad de morfina que cuando este alcaloide está solo, por ser más completa su distribución en la masa. El cloroformo, en las proporciones dichas, no suele producir irritación, sino que, al contrario, actúa como calmante. El cloroformo es también un poderoso antiséptico, y como tal un buen remedio en esta clase de casos. La combinación de vaselina y morfina se aplica mejor ligeramente extendida sobre un pedazo de lienzo fino, quitándose fácilmente sin lesionar la superficie sobre que se pone, por lo cual es muy útil para sitios propensos á hemorragias. El apósito debe renovarse dos veces en las veinticuatro horas. (Doctor B. W. Richardson, *Asclepiad*, núm. 22, 1889, pág. 147.)

Chimaphila umbellata (Sobre la); hierba para mear.—Esta planta pertenece á la familia de las ericáceas, serie de las piroleadas. Crece en la América del Norte, en Rusia, en Siberia, Suecia, Suiza, etc. Su flor aparece en junio y julio. Las hojas tienen un sabor dulzaino primero, después amargo y astringente. Los tallos y las raíces son un poco ásperos. Las partes del vegetal empleadas en medicina son las hojas, que ceden su principio activo al agua y al alcohol.

En los Estados Unidos se emplea el cocimiento y la maceración. El doctor Adet ha ensayado estos dos preparados en la clínica de Dujardin-Beaumetz, así como la infusión, el extracto blando alcohólico, el extracto blando acuoso, el hidro-alcohólico y el etéreo en píldoras; pero después de algunos experimentos ha abandonado todas estas preparaciones y se ha concretado al extracto blando hidro-alcohólico, que se prepara agotando con el alcohol de 90° 300 gramos de hojas de chimaphila umbellata. Después de varias operaciones se obtienen 95 gramos de extracto de cada 300 gramos de planta.

He aquí la poción que recomienda el doctor Adet.

Extracto blando hidro-alcohólico de chimaphila. .	10 á 15	gramos.
Jarabe de corteza de naranjas amargas.	25	—
Ron.	10	—
Agua.	80	—

Para tomar á cucharadas cada dos horas.

Los enfermos tratados con esta planta han sido 11, todos cardíacos, que no orinaban y tenían disnea ó edemas. De estos 11 sólo en uno no dió resultado, pero este enfermo no orinaba sino bajo la influencia de la digital. Todos los demás han orinado, y algunos más de 5.000 gramos en veinticuatro horas. Tomaban diariamente de 10 á 15 gramos de extracto blando hidro-alcohólico en poción, durante un mes ó mes y medio, sin que se observara ningún fenómeno de acumulación. La diuresis se presentaba en todos progresivamente desde el segundo día, manteniéndose en su máximum hasta la completa desaparición del edema, y la cantidad de orina volvía luego á su estado normal.

De lo expuesto se deduce que el extracto hidro-alcohólico de chimaphila umbellata es un diurético bueno é inofensivo y que no se acumula en el organismo. *(Siglo Médico*, 14 abril de 1889.)

Creolina como antiséptico.—*Opiniones de los doctores alemanes.*—La propiedad antiséptica de la creolina es muy discutida hoy, lo mismo en el Continente que en Inglaterra, publicándose en muchos diarios médicos las opiniones de los doctores alemanes sobre esta cuestión.

El doctor P. Baumgarten *(Centralbl. f. Bact.*, vol. V, número 4, 1889) ha observado que dicha sustancia es un gran veneno animal y un antiséptico, pero sólo en soluciones á una concentración que destruya la vida animal.

El doctor Behring *(Deutsche militareszt-Leitschrift*, 1889, página 337) sostiene que la creolina posee propiedades antisépticas tan débiles como las del ácido fénico en soluciones de igual concentración. Una solución al 2 por 100 de creolina no desinfecta las heridas, no siendo esta sustancia tan venenosa como el ácido fénico.

El doctor Eisenberg cree que las soluciones al 5 por 100 de creolina son muy antisépticas, matando casi inmediatamente los streptococcus, staphilococcus, bacilos del cólera y otras bacterias. Profetiza un brillante porvenir á esta sustancia. Seidel y Kornicke convienen con Eisenberg, y consideran la gaza ó el algodón de creolina (10 por 100) como un excelente sustituto de la gaza de bicloruro.

Hünermann, como resultado de una larga serie de investigaciones, sostiene que la creolina no tiene propieda-

des antisépticas, pues si bien retrasa, y en algunos casos hasta previene el ulterior crecimiento de las bacterias, no las mata. Los experimentos de Koch han demostrado que el aceite de mostaza en soluciones débiles puede prevenir el desarrollo de las bacterias, y sin embargo nadie considera á esta sustancia como antiséptica; pues bien, dice, lo mismo sucede con la creolina.

El doctor Kortürn (*Centralbl. f. Cynak.*, núm. 6, 1889) y el doctor Bunsen han ensayado dicha sustancia en obstetricia y dicen que es un gran antiséptico. Sostienen que no es tan irritante como el ácido fénico y que posee también propiedades estípticas. Kortürn usa la gaza de creolina exclusivamente para llenar la cavidad uterina en casos de hemorragias graves. Para lavar la vagina, Bunsen usa sólo una solución al $1^1/_2$ por 100. También dice que una solución al 2 por 100 mata inmediatamente los pediculi pubis.

El doctor Rausche (*Deutsche medical Wochenschrift*, abril 25 de 1889) tiene mucha fe en las propiedades antisépticas de la creolina, y la usa en aplicación para los granos, heridas superficiales, etc. También aboga por su uso en forma de jabón de creolina para lavar y desinfectar las manos después de las operaciones.

Los doctores Amón y Prutscher han usado con éxito una débil disolución de creolina en la cirugía óptica y auditiva.

Purjesz (*Pester med. chir. Presse*, núm. 11, 1889) trató varios casos de inflamación supurativa de la cavidad timpánica con creolina, obteniendo muy buen resultado, así como también en la otitis media.

Spath, Pieskoff y otros la han usado con ventaja en las afecciones de la garganta, nariz y laringe en forma de polvos más ó menos concentrados, mezclada con glicerina ó en loción, según la fórmula siguiente:

R. Creolina.	1	parte.
Mentol.	1	—
Agua.	50	—

(*Medical News*, 1.° junio, pág. 602.)

Creolina (Sobre el empleo de la).—El doctor Max Kortum ha publicado algunas observaciones relativas al empleo de la creolina. Las soluciones tienen al principio una apariencia lechosa, pero si se las deja reposar durante cierto tiempo, se vuelven oscuras y el precipi-

tado es debido á principios resinosos y á sales de naftalina. En cirugía se utilizan dos soluciones, una al 2 y otra al medio por ciento. La primera sirve para la desinfección de las manos, de los instrumentos y de la región en que se va á operar. No produce ningún efecto molesto en la piel ni deteriora los instrumentos. La solución débil se emplea para el lavado de las heridas ó para las curas húmedas. La creolina posee una acción hemostática y las soluciones fuertes no obran como cáusticas; las soluciones muy fuertes producen un ligero escozor. En el caso de una caverna pulmonar que comunicaba con la pleura, abierta á causa de un empiema, se produjo una hemorragia á los pocos días de la operación. La introducción de un tapón empapado en creolina al 50 detuvo la hemorragia, sin más inconveniente para el enfermo que el gusto de la solución en las materias expectoradas. Las soluciones de creolina se emplean con éxito en las quemaduras y en las úlceras. Después del parto se puede hacer con ventaja una inyección vaginal; antes y después del alumbramiento, con una solución al medio por ciento. También se pueden emplear compresas en las roturas del periné y tapones en los casos de inercia uterina después del parto.

La creolina puede asociarse al aceite ó ser empleada en polvo con el ácido bórico por base.

Contra la sarna se han empleado fricciones de aceite con creolina al 5 por 100. Contra el catarro vesical y las metritis se recomiendan inyecciones con una solución del 1 al 5 por 1.000. Se puede asimismo administrar en píldoras que contengan de 8 á 25 centigramos tres ó cuatro veces al día. (*Ann. de Med.*, pág. 104.)

Difteria en los niños (Tratamiento de la).— El doctor J. Simón protesta ante todo contra el empleo de las preparaciones mercuriales, del clorato de potasa, del borato de sosa, del opio y de los vomitivos.

El tratamiento que preconiza es sobre todo local, y consiste en embadurnamientos enérgicos hechos cada hora con la solución siguiente:

Acido salicílico.	0gr,50 á 1 gramo.
Alcohol.	c. s.
Glicerina.	40 gramos.
Infusión de eucaliptus.	60 —

Prescribe además hacer dos ó cuatro veces al día, cuando las falsas membranas son muy espesas y adherentes, toques con percloruro de hierro y glicerina á partes iguales. También se pueden hacer pulverizaciones con eucaliptus ó timol.

En la difteria nasal recomienda irrigaciones y aplicación de una pomada de azufre lavado al 4 por 30.

En la difteria labial es de rigor la cauterización con el nitrato de plata.

El iodoformo en polvo mejora el estado de las falsas membranas, desarrolladas en la cara consecutivamente á una excoriación.

Para combatir el infarto ganglionar manda dar fricciones con la pomada siguiente:

Extracto de belladona.	2	gramos.
Ioduro de potasio.	1	—
Grasa.	30	—

La difteria requiere además un tratamiento higiénico. La habitación del enfermo se mantendrá á una temperatura de 15 grados; el aire se renovará en ella, pero cuidando de hacer pasar éste del exterior por una pieza vecina. Se rodeará al enfermo de una atmósfera aromática y muy poco humeda, calentando alternativamente platos de hierro que contengan uno brea y el otro hojas de eucaliptus y agua.

La alimentación y los tónicos permitirán sostener el estado general; la copaiba y la cubeba podrán emplearse como balsámicos.

Si la laringe es invadida por las falsas menbranas, J. Simón administra uno ó dos vomitivos, y aconseja hacer la traqueotomía, siempre que sea posible, al principio del período asfixico. (*Bulletin Médical*, 1889.)

Difteritis (Tratamiento de la), por los doctores Seibert y Hennig.—Seibert recomienda como método seguro, inofensivo y fácil de curar la difteria, la aplicación local del cloruro de sodio en forma de polvo fino por medio del mango romo de una cuchara. Se cubre la punta del mango con el polvo, se introduce en las fauces y se gira de modo que el polvo caiga hacia una de las amígdalas, contra la cual se aplasta ligeramente; luego se hace lo mismo con

la otra amígdala. El procedimiento no causa molestia y basta repetirlo á cada visita. Sólo después de fundirse la sal se siente cierta carraspera y un poco de tos. *(New-York med. Monatsschrift,* 1889.)

Hennig considera como específico de la difteria el agua de cal y la corbata fría, siendo la mortalidad de la difteria epidémica simple solamente de 0,9 por 100; en 1054 casos de ésta y de difteria escarlatinosa, la mortalidad fué de 2,7 por 100. El procedimiento consiste en hacer gargarizar cada cuarto de hora ó cada treinta minutos con el agua de cal pura, deglutiendo los enfermos luego de 10 á 20 gramos según la edad de este agua; si el enfermo (niño ó adulto) no sabe gargarizar, deglutirá mayor cantidad (de 20 á 30 gramos del líquido). Al propio tiempo se aplica al cuello hielo, renovándolo constantemente hasta que el paciente sienta frío general, ó rigidez del cuello, ó escozor en la laringe. Si el proceso diftérico se propaga á la nariz y á la parte superior de la faringe, se hacen inyecciones nasales de agua de cal con la misma frecuencia hasta que el proceso local empiece á ceder. En la difteria laríngea se emplea también el agua de cal localmente por medio del pulverizador, y asimismo se lavan con dicha disolución las chapas diftéricas externas (conjuntiva, vagina, etc.). A medida que el proceso va retrocediendo, se alargarán los intervalos de las aplicaciones. La alimentación consiste en leche (hervida y enfriada con hielo) con huevo, carne asada, caldo, etc. El agua de cal obra, según el autor, como antimicróbico, astringente y disolvente de las membranas. *(Berliner Klin. Wochens.,* 1889.)

Exalgina.—*Nuevo analgésico* (Dujardin-Beaumetz y Bardet).—Con el nombre de exalgina ú orthomethylacetanilida se conoce un nuevo analgésico de la serie aromática, últimamente descubierto por Brigonnet, y que ha sido objeto de una interesante comunicación á la Academia francesa de Ciencias por los doctores Dujardin-Beaumetz y Bardet. La exalgina (*ex priva y algos,* dolor) tiene por fórmula $C_9H_{11}NO$, y es uno de los tres metilos isoméricos derivados de la acetanilida *(Compt. Rend.,* CVIII, página 71). Cristaliza en agujas ó en grandes cristales, según que se obtenga por cristalización ó por fusión. Es rara vez soluble en agua fría, y siempre en la caliente ó en alcohol

diluído; se funde á 101° C. Respecto á su acción fisiológica es muy parecida á la de la antipirina, si bien sus efectos sobre el sensorio son más acentuados que con ésta; ejerce una acción antipirética menos marcada. Los resultados característicos se obtienen después de la administración de una dosis de 20 á 30 centigramos en una vez, ó de 30 á 60 tomados en dos dosis en las veinticuatro horas, siendo el efecto analgésico muy marcado y superior al de la antipirina en todas las formas de neuralgia, incluso la visceral (*Pharmaceutical Journal and Transactions*, marzo 30 de 1889). No produce irritación gastro-intestinal ni cianosis, pudiéndose administrar, pues, sin temor á las desagradables consecuencias que se observan en ciertos casos después del uso de la antipirina y acetanilida. La dosis tóxica se cree es de 37 centigramos por cada dos onzas de peso del cuerpo, produciéndose aparentemente la muerte por parálisis del centro respiratorio. Se ha observado que después de manifestarse el efecto fisiológico de esta sustancia desaparecen las sensaciones dolorosas, pero sin que se altere el sentido del tacto. La exalgina se elimina por la orina, sobre la cual ejerce un efecto marcado, y actúa como los antipiréticos del mismo grupo, es decir, que disminuye la cantidad de la secreción (*National Druggist*, abril 15 de 1889). En la diabetes también reduce la cantidad de orina y de azúcar eliminada. Como todos los derivados de la serie aromática, es un antiséptico y antitérmico, así como analgésico, si bien esta última propiedad es la más acentuada, pudiéndose manifestar en dosis mucho menores que la antipirina (casi la mitad).

Las fórmulas siguientes se recomiendan por el doctor M. G. Bardet en *Les Nouveaux Remèdes* del 24 de marzo de 1889:

Poción antineurálgica de exalgina.

R.	Exalgina	2 gramos.
	Agua de Kirsch (Kirschwasser)	20 —
	Jarabe simple	30 —
	Agua destilada	150 —

Disuélvase la exalgina en el agua de Kirsch, y añádase después el jarabe y el agua destilada. Dosis: de una á tres cucharadas grandes al día.

Solución de exalgina.

R. Exalgina	2 gramos.
Ron	20 —
Agua destilada	150 —

Procédase como antes. La dosis es también la misma (*Thérapeutic Gazette*, mayo 15, pág 339). (Véanse los artículos largos en el lugar correspondiente.)

Fiebre tifoidea (El timol en la).—El doctor Testí ha ensayado la acción antipirética y antiséptica del timol en 150 casos de fiebre tifoidea. Los resultados obtenidos no pudieron ser más satisfactorios. Los trabajos de Boltz y de Silva habían dejado ya sospechar la acción antipirética del timol; lo que le diferencia de todos los demás antipiréticos es que, según el autor, disminuye la producción del calor, en tanto que los otros sólo rebajan la temperatura obrando sobre el calor ya producido. La acción desinfectante del medicamento se manifiesta sobre todo en el tractus intestinal; el meteorismo y la diarrea son menos intensos que de ordinario. Además se observa una disminución notable de los productos de la putrefacción desarrollados en el intestino y eliminados por la orina.

El examen microscópico de las heces ha demostrado que el timol hace disminuir notablemente la cantidad de los glóbulos blancos de las células epiteliales y los elementos parasitarios en ellas contenidos. Por último, el timol hace más lenta la desasimilación y no tiene ninguna acción nociva sobre el corazón. (Primer Congreso de Medicina italiano, *Lo Sperimentale*, junio de 1889.)

Gota (Tratamiento de la). — Ebstein (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 1889, Göttingen) trata de las causas, síntomas y tratamiento de la gota. Señala su coincidencia en muchos casos con cálculos, obesidad, poliuria y diabetes sacarina. Su tratamiento es muy simple: alimentación moderada, no negando al paciente una buena manteca; mucha agua, alcalinizada ó no, según la desee, y uso abundante de frutas, como las cerezas y fresas. No se debe dejar tomar al enfermo, sin embargo, grandes cantidades de agua por no ser bueno al estómago. Deben también adoptarse medidas y manipulaciones que promuevan la circulación de los jugos vitales. Considera las bebidas alcohólicas nocivas, no sólo en un gotoso, sino también en

toda persona predispuesta. Deben, pues, proscribirse bajo cualquier forma, á menos que haya un estado de debilidad que exija el uso de estimulantes. Si las personas gotosas siguieran este consejo respecto al alcohol se evitarían muchas molestias y dolores.

En el tratamiento del paroxismo gotoso, el cólchico, y más recientemente el salicilato de sosa, en dosis diarias de 8 á 10 gramos, desempeña el principal papel. Algunos consideran á la primera de dichas sustancias como panacea, mientras que otros la creen inútil y hasta nociva. Lo mismo sucede con el salicilato, observando Ebstein que sólo hace desaparecer la gota en una articulación para producirla en otra. Hasta hoy, pues, no poseemos ningún específico contra el paroxismo gotoso y la gota. Sin embargo, creo importante (además del tratamiento dietético racional y sintomático que no debilite al paciente) que, según lo permitan los síntomas generales y violencia de las alteraciones locales, no debe condenarse al enfermo á un descanso absoluto, sino que deben emplearse medios apropiados para asegurar la circulación de los líquidos en las partes afectas. (Doctor Troup's Periscope, *Edinburgh Medical Journal*, julio. pág. 95.)

Hydracetina (Nuevo antipirético). *(Wiener Med, Presse*, 1889.)—El doctor Paul Guttmann, en la sesión de mayo de este año de la Sociedad Médica de Berlín, refirió los resultados de sus investigaciones sobre la hydracetina como nuevo antipirético. Es esta sustancia un polvo blanco, sin olor ni apenas sabor, sólo soluble en el agua en las proporciones de 1 á 50, pero fácilmente en alcohol. De 20 á 40 centigramos, inyectados en el peritoneo de un conejo, le produjo rápidamente la muerte, demostrando la autopsia que fué aquélla producida por el poderoso efecto reductor y absorbente que tenía dicha sustancia sobre el oxígeno de la sangre. Dosis: de 3 á 10 centigramos diarios fueron suficientes para reducir la temperatura 1 ó 2 grados y producir una transpiración abundante. Una dosis conservará la temperatura baja durante cinco ó seis horas, al cabo de las cuales se eleva otra vez lentamente. Guttmann ha usado esta sustancia en un gran número de casos de fiebre tifoidea, tisis, escarlatina, erisipelas, tuberculosis miliar aguda, septicemia, así como en ocho casos de reuma-

tismo articular agudo, múltiple y típico. La acción de la hydracetina fué siempre la misma, yendo acompañada de resultados positivos. En el reumatismo articular agudo, dosis menores de 5 centigramos quitan inmediatamente el dolor, durando el efecto algunas horas. Ulteriormente se observó que la hydracetina fué útil en dos casos de psoriasis, en los que se usó durante una semana una pomada que contenía un 10 por 100 de dicho cuerpo, consiguiéndose la curación completa. En dos casos de ciática, dosis de 5 centigramos de hydracetina produjeron un excelente efecto anodino que duró algunas horas. Su uso nunca se observó fuese seguido de efectos ó consecuencias desagradables, excepto una ligera y temporal palidez de la cara. Guttmann opina que no deben darse más de 3 á 10 centigramos diarios. En casos de fiebre grave, como la tifoidea, se dará dicha cantidad en una sola dosis ó en dos dosis con una hora intermedia. En el reumatismo articular parece que dan buen resultado dos dosis diarias de 4 centigramos. La administración diaria de 3 á 10 centigramos no debe continuarse más de tres días, pero después de un intervalo puede volverse á su empleo. Esta sustancia es igualmente útil como antineurálgico y como antipirético. (*Medical News*, julio 6, pág. 16.)

Mentol como antineurálgico.—*Su uso interno.*—En el *Wiener klin. Wochenschrift* del 7 de marzo de 1889 se dice que el mentol, que debido á su gran acción anodina ha sido muy usado como aplicación local, últimamente se administra interiormente como antineurálgico en la hemicránea, neuralgia infraorbitaria y jaqueca, así como para calmar el dolor del reumatismo y ciática, en dosis de 40 á 75 centigramos.

El doctor Mac Laury *(Therap. Gazette)* da las siguientes prescripciones para administrar dicha sustancia: R. Alcohol, 30 gramos; mentol, 6 gramos; glicerina y jarabe simple, aa. 30 gramos. Mézclese. Tómese una cucharadita en agua caliente cuando se requiera. R. Mentol, 3 gramos; azúcar de leche, 45 centigramos. Mézclese y háganse 13 cápsulas para tomar dos diarias.

El mentol puede también combinarse con la antifebrina y antipirina del modo siguiente: R. Mentol y antifebrina, aa. 3 gramos; azúcar de leche, c. s. Mézclese y divídase en 24

papeles, para tomar dos al día en cápsulas. (*Medical News*, abril 6, pág. 377.)

Metacetina (La); nuevo antitérmico, por el doctor Maubert.—La metacetina ó acetparaanisidina $C^9H^{11}AzO^2$ es un polvo cristalino un poco rojo, inodoro, de un sabor algo salado, soluble en el agua fría, más soluble en la caliente y más todavía en el alcohol.

El autor la ha prescrito á niños febricitantes afectos de tisis pulmonar, de meningitis tuberculosa, de pneumonía; 20 á 30 centigramos determinan un descenso de la temperatura á su cifra normal y hasta por debajo de ella. El descenso es progresivo; después se sostiene la misma temperatura, verificándose poco á poco su aumento. Cuando el medicamento se toma á las horas de las remisiones fisiológicas el descenso es más rápido y constante. A veces, al cabo de una hora sobrevienen sudores, tanto más abundantes cuanto menos satisfactorio es el estado.

En los individuos no febricitantes la metacetina no tiene acción sobre la temperatura ni provoca sudores. Los niños la soportan bien. Es preferible darla en una sola dosis, no debiendo pasar nunca de 30 centigramos.

Parece estar dotada de propiedades antisépticas, porque una solución al 1 por 100 se opone á la descomposición de la leche y á la fermentación amoniacal de la orina. (*Ann. de Thérapeutique*, pág. 234.)

Naftol como antiséptico local (Fórmulas para el).—El naftol se usa mucho como antiséptico. El doctor Charles Eloy recomienda la siguiente fórmula para su empleo en la *Gazette Hebdomadaire* del 19 de abril de 1889:

Para una solución débil. Naftol, 75 centigramos; alcohol (60°), 1.000 gramos. Debe usarse sobre regiones pilosas que se desea hacer asépticas.

Para una solución concentrada. Naftol, 4 gramos; alcohol (60°), 1.000 gramos. Sirve para desinfectar superficies cutáneas denudadas.

Para *inyecciones* debe prepararse la solución caliente y someterse luego á una débil temperatura. Antes, pues, de inyectarse en las cavidades serosas y en los abscesos será prudente calentar antes la jeringa.

Prescríbese del modo siguiente: Naftol, 2 gramos; alcohol (90°), 75 gramos; agua, 100 gramos.

Como *enjuagatorio* pueden usarse algunas gotas de la siguiente solución en un vaso de agua: Agua de Botot, 60 gramos; naftol, 75 centigramos.

Para *fricciones* puede usarse el naftol alcanforado, que se obtiene triturando hasta la liquefacción lo siguiente: Alcanfor pulverizado, 2 partes; naftol pulverizado, una parte.

El doctor Desesquelles ha recomendado como *antiséptico tópico* una mezcla de una parte de naftol pulverizado con dos de alcanfor también pulverizado. Tritúranse las dos partes en seco hasta que se unan formando un líquido cremoso. (*Medical and Surgical Reporter Medical Chronicle*, septiembre, pág. 486.)

Obesidad (Tratamiento de la), por los doctores Schewedinger y Œrtel.—Las indicaciones que consignan los autores son cuatro: 1.ª, elevar el tono, la fuerza muscular del corazón; 2.ª, mantener la composición normal de la sangre; 3.ª, regular la cantidad de líquido en la economía; 4.ª, impedir el depósito de la grasa. Estas indicaciones se llenan por los medios siguientes: 1.° El músculo cardíaco se tonifica por el aumento del ejercicio físico. Este procedimiento exige mucha atención; los ejercicios deben ser graduales, y la dosis del trabajo ha de aumentarse á medida que el enfermo pueda soportarla. 2.° Para conservar la composición normal de la sangre es preciso que la alimentación sea principalmente albuminosa. Puede componerse de carne magra de vaca, asada ó hervida, de carnero, etc., y huevos, añadiendo legumbres verdes, como coles y espinacas. La grasa y las sustancias hidrocarbonadas sólo deben admitirse á pequeñas dosis. El pan no pasará de 120 á 180 gramos al día. 3.° Se regulará la cantidad de líquido contenida en la economía, limitando diariamente la cantidad de bebidas. Unos 180 gramos de café, de té ó de leche, por mañana y tarde; unos 360 gramos de vino, y 240 á 480 gramos de agua, completan la ración del líquido absorbido en las veinticuatro horas. La cerveza quedará terminantemente prohibida. Se excitará la transpiración por un ejercicio enérgico, y á veces por una serie de baños con envoltura. 4.° El depósito de grasa se combatirá practicando los principios dietéticos que se acaban de exponer. Este método está dando en Alemania

grandes resultados. (*Journal de la Santé. La Medicina práctica*, 1889.)

Raquitismo (Tratamiento del) por el fósforo á pequeñas dosis, por el profesor Mandelstamm, de Kazán.—En un período de tiempo que comprende más de dos años, el autor ha tratado 240 enfermos de diferentes edades afectos de diversas modificaciones de raquitismo. De estos enfermos, 120 curaron, 43 se aliviaron, y en los otros 30 hubo que cesar la medicación á causa de otras enfermedades; 5 de éstos murieron. Los niños tomaron el fósforo durante varios meses y hasta más de un año. La dosis fué de un centigramo por 1000 gramos de aceite de hígado de bacalao, una cucharada de las de café una ó dos veces al día.

A los dos meses de este tratamiento los huesos del cráneo se hicieron más duros, las fontanelas y suturas más estrechas; las crisis nerviosas y el espasmo laríngeo fueron más raros y menos fuertes. Los enfermos aumentaron de peso y se mejoró el estado general. El autor no observó ningún inconveniente en el empleo de este medicamento, estando inclinado á creer que el fósforo obra favorablemente en las dispepsias que acompañan al raquitismo. Pero en los enfermos que padecían catarro del intestino trataba primeramente de curar el catarro antes de administrar el fósforo.

Sus conclusiones son las siguientes:

a) Las observaciones clínicas justifican perfectamente el empleo del fósforo contra el raquitismo.

b) El fósforo obra mejor, más pronto y con más seguridad que los demás medicamentos.

c) La administración de este medicamento durante largo tiempo, á pequeñas dosis, es bien soportada por los niños y no produce ningún desorden que pueda imputarse al fósforo.

d) El fósforo obra favorablemente sobre todas las manifestaciones del raquitismo.

e) Bajo la influencia del fósforo, en la gran mayoría de los casos, se detenía el curso de la enfermedad, y los enfermos curaban, como lo prueban las mensuraciones y pesadas periódicas de los niños y el estado de los huesos. (*Wratsch.*, núms. 5 á 110, 1889.)

Reumatismo en la infancia.—*Tratamiento.*—Casi todo el interés é importancia del reumatismo en los niños está en la inflamación cardíaca y sus consecuencias. El principal objeto del tratamiento, pues, deberá tender á disminuir todo lo posible este peligro, y el primer punto sobre el que insistiré es la necesidad de estar constantemente en guardia contra un ataque insidioso de endocarditis ó pericarditis. Ya he explicado cómo puede acompañar á la más ligera afección articular, pudiéndose presentar sin artritis de ningún género asociado á la corea un eritema exudativo ó una erupción de nódulos subcutáneos, ó puede asimismo presentarse independientemente de todo estado reumático conocido con un ataque febril indeterminado de insignificante apariencia. Es, pues, esencial examinar detenidamente el corazón en todo caso de afección articular por ligera que sea, así como en la corea, tonsilitis, eritema, y, por último, en todo estado febril, cualquiera que sea su forma. Siempre que se sospeche la existencia de una inflamación reumática (aun cuando no se perciba ninguna afección cardíaca) debe recomendarse la quietud más absoluta. El reposo físico completo y el calor externo son quizás de importancia vital. Muchos padres y médicos suelen dar poca importancia á casos leves de reumatismo. ¡Qué diferencia tan grande hubiera habido en el estado ulterior del joven escolar H. G., por ejemplo, si en lugar de permitírsele siguiese sus ejercicios atléticos al aire libre se le hubiera hecho permanecer en cama y en un ambiente templado! El doctor Sibson ha observado que la mayoría de los casos tratados por el descanso absoluto se han librado de una lesión cardíaca permanente, al contrario de lo que sucede en los que se les permite su vida habitual, en quienes aquélla es frecuentísima.

Respecto á los medicamentos, puede decirse que el tratamiento heroico, con grandes y repetidas dosis de salicilato de sosa, rara vez es conveniente al reumatismo de los niños, puesto que la afección articular es generalmente leve y la fiebre poco intensa; porque los salicilatos parece que no ejercen una favorable influencia sobre ningún estado reumático, excepto en la artritis y tonsilitis. En lugar del salicilato de sosa puede darse con más ventaja la salicina en la mayoría de los casos articulares, por ser me-

nos depresiva, pudiéndose añadir los alcalinos. La mayoría de las estadísticas comprueban las conclusiones de los doctores Fuller y Dickinson, de que la inflamación cardíaca es menos frecuente y pronunciada bajo la influencia de los alcalinos que con cualquier otra forma de tratamiento. Sería interesante observar cómo el tratamiento por los alcalinos obra sobre el desarrollo y duración de los nódulos subcutáneos, cuestión aun no estudiada. (Doctor W. B. Cheadle's, *Harveian Lectures*, *Lancet*, mayo 11, pág. 926.)

Saturnismo crónico (Tratamiento del) por la corriente continua, por el doctor Semmola.—Hace ya doce años publicó el autor sus primeras investigaciones terapéuticas acerca de la curación del saturnismo crónico, utilizando la acción de la corriente continua sobre los cambios nutritivos. Desde entonces ha visto con satisfacción que muchos colegas han repetido y confirmado sus experiencias; pero ha tenido el sentimiento de ver que este método de tratamiento no se ha apreciado todavía en su justo valor por la clase médica, constituyendo el método más sencillo y seguro para la curación del saturnismo crónico. El doctor Semmola resume sus ulteriores investigaciones en las proposiciones siguientes:

1.ª En los individuos que padecen saturnismo crónico la aplicación metódica de la corriente constante, según las reglas que tengo indicadas, produce la eliminación del plomo por la vía urinaria, como fuí el primero que lo hice constar desde 1877.

2.ª A medida que se verifica este trabajo de desasimilación y de eliminación del plomo bajo la influencia de la corriente continua, se observa la disminución progresiva de los trastornos funcionales y tróficos de los músculos y del sistema nervioso, al mismo tiempo que la reconstitución general del organismo con aumento de la hemoglobina.

3.ª Cuando los accidentes del saturnismo crónico llegan á las encefalopatías no he podido obtener ningún resultado terapéutico satisfactorio. (*Nouveaux Remèdes*, 24 agosto de 1889.)

Styrona como antiséptico. — El doctor Beach, del Hospital general de Massachussets, dice que habiendo estudiado la acción de la styrona preparada con el bálsa-

mo del Perú y el storax líquido durante once años, puede confirmar el juicio que sobre sus propiedades antisépticas había hecho *(Boston Medical and Surgical Journal,* agosto 1). Tiene las ventajas de ser: 1.°, eficaz; 2.°, no venenoso, y 3.°, de olor agradable. Puede usarse como desinfectante en los cánceres ulcerosos en forma de pulverización (styrona, 3 gramos; glicerina, 30 gramos; agua, 30 gramos), ó aplicarse á las superficies cruentas en forma de una emulsión, con aceite de olivas, agua ó vaselina. De los experimentos hechos por el doctor E. K. Dunham dedúcese que el poder germicida de la styrona es considerable, pues pudo contrarrestarse con ciertas proporciones de dichas sustancias el desarrollo de organismos como la bacteria de la putrefacción, los bacilos del cólera, los streptococcus piógenos y los staphylococcus aureus piógenos. *(Lancet,* septiembre 14, pág. 555.)

Teina (La) como analgésico.—Hasta hace poco la teina y la cafeina eran consideradas como sustancias semejantes, si no idénticas; pero Mays, en la *Revue Scientifique,* niega esta analogía en vista de los recientes estudios.

Nada acredita la identidad de las dos sustancias, por lo menos en cuanto á sus efectos fisiológicos. La teina actúa sobre la sensibilidad, lo cual no hace la cafeina; produce espasmos á mayor dosis y trastorna al poco tiempo el reflejo nasal, efecto que no produce la cafeina ó tarda muchísimo más tiempo en ocasionarlo. En el hombre, la dosis de 6 á 12 miligramos de teina provoca entorpecimiento con hormigueo, muy parecido á lo que se observa introduciendo la mano en ácido fénico. No ocasiona trastornos en los movimientos. La anestesia no tarda en producirse por debajo del punto de la inyección, extendiéndose hacia la periferia y no hacia el centro.

Mays recomienda particularmente el empleo de la teina en las enfermedades de los nervios sensitivos. *(A Medicina Contemporánea,* 1889.)

Trementina (Nueva erupción producida por la). *(Brit. Journ. Dermatology.)*—El doctor Ernest Feiber, de Aix-la-Chapelle, refiere un excelente ejemplo clínico de un edema y eritema papular único y muy raro, consecutivo á la administración interna de una preparación de

trementina. El paciente, que padecía una gonorrea subaguda, tomaba 0,6 gramos de esencia de trementina dos veces al día. Al noveno de tratamiento, es decir, después de haber tomado 10,8 gramos de trementina, se quejó de prurito intenso. Al día siguiente se observó un eritema, formado de pápulas pequeñas muy puntiagudas, de color rojo brillante y que cubría toda la superficie del cuerpo, excepto la cabeza y cara, siendo más pronunciada en las extremidades inferiores que en las superiores, y sobre todo sobre el abdomen y muslos. Tanto el prurito como la erupción desaparecieron á los tres días de suspenderse el empleo de la trementina. Con el objeto de asegurarse de si efectivamente la trementina producía este eritema el doctor Feiber volvió á prescribirla, observando que al cuarto día volvía el picor acompañado de una erupción igual de pápulas; pero además se presentaron sobre el abdomen y muslos pequeños puntos rojos ligeramente elevados, y manchas casi del tamaño de un florín, del mismo color rojo brillante en sus centros y periferias. La orina estaba normal, así como el estado general del enfermo. El doctor Feiber observa que mientras la primera erupción fué exclusivamente un eritema roséolo-papular, la segunda, al contrario, fué una forma mixta de eritema edematoso y papular, erupción que hasta hoy no se sabía fuese consecuencia de la administración de la trementina. (*Practitioner*, septiembre.)

AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

Abasia trepidante.—Como tipo raro de abasia, Charcot describe uno observado en la Salpêtrière. Casi siempre la abasia, ó imposibilidad de marchar, se presenta con la astasia, ó imposibilidad de tenerse en pie. En el enfermo de Charcot faltaba la astasia, siendo posible la permanencia en pie; únicamente se presentaban los trastornos de los movimientos caracterizados por la trepidación.

Sentado el enfermo, que no es ni paraplégico ni abásico, puede hacer con sus miembros inferiores todos los movimientos que quiere; de pie, no oscila hacia ningún lado; puede marchar á cuatro pies, saltar con solo un pie ó con los dos juntos; únicamente es imposible la marcha normal.

En este caso el pronóstico fué favorable, como después se confirmó, porque en el día el enfermo, cuando se observa, no puede trepidar como lo hacía antes. La trepidación no reaparece más que cuando se le empuja ó cuando se precipita demasiado.

Charcot recuerda que estos singulares trastornos de la marcha pueden y deben asemejarse á los trastornos psíquicos, siendo el centro cortical de la marcha el que está desarreglado, y la prueba es que, lo mismo que en ciertas parálisis psíquicas, el enfermo cura observando é imitando á un hombre que marche ante él, reanimando así la imagen motriz con el movimiento necesario para asegurar la progresión.

La manera como en el caso actual se presentó la abasia fué curiosa; una afección de los miembros inferiores requirió la inmovilización de las dos piernas, inmovilización penosamente soportada que fué el punto de partida de una autosugestión. Una vez libres sus piernas, creía tenerlas siempre sujetas con el aparato; al querer evitar una vez en la calle el tropezar con una persona, fué acometido de la trepidación en el movimiento que hizo para evitar el choque.

El enfermo ha estado intoxicado con el sulfuro de carbono. A los medios sugestivos ó persuasivos habituales se añadieron los tónicos como el hierro, la hidroterapia, etc. (*Gazette Hebdomadaire, etc.*, 19 abril de 1889.)

Ataxia locomotriz.—*Tratamiento por suspensión.*—Convencido de que la médula espinal puede sólo estirarse por fuerza aplicada al cuello y cabeza, prescindo de las braceras y cuelgo al enfermo sujeto sólo por la barba y occipucio. Los anillos sujetos á las camas que sostienen dichas partes se pasan por la horquilla de una balanza automática, de modo que al hacer la tracción conozco perfectamente cuántas libras ó kilos se aplican. Al principio del tratamiento no levanto al enfermo del todo, sino que ejerzo una tracción de 75 á 100 libras, según lo exige el caso, la cual se aumenta cada día, hasta que por último se llega á todo el peso del cuerpo. Si la persona pesa poco, no dudo en amarrarla pesas á los pies. Se ha probado de un modo evidente que por este método así modificado la

mejoría es mucho más rápida que cuando se levanta al enfermo también por los brazos. En un cuerpo soportado todo ó en parte por los brazos no hay estiramiento de la médula espinal. Tengo ahora en mi sala un enfermo con ataxia locomotriz, desde hace años, que ha estado sometido á este tratamiento durante seis semanas; en el cual no se observa ahora más síntoma de la afección que la contracción pupilar, ausencia del reflejo rotuliano y ligera incontinencia de orina, que gradualmente va desapareciendo. Ahora se le suspende por la barba y occipucio durante diez minutos, siendo su peso de 138 libras. (Doctor Wm. A. Hammond, Washington, *Med. Journal*, mayo 11, página 512.)

Ataxia locomotriz. — *Tratamiento por suspensión. —Resultados.*—En una sesión de la *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Newenkrankheiten*, del 13 de mayo, el doctor Bernhardt comunicó los resultados del tratamiento por suspensión empleado en 19 casos de ataxia locomotriz. Dichos enfermos fueron sometidos en conjunto á 209 suspensiones, no observando en ninguno de ellos el doctor Bernhardt efecto alguno nocivo debido al tratamiento. Empezó suspendiendo á los enfermos durante medio minuto un día sí y otro no, llegando por grados á tres minutos. Los efectos que observó fueron: 1.°, disminución y algunas veces hasta completa cesación de los dolores *lancinantes*; 2.°, los enfermos decían que podían andar mejor y más tiempo, pero el doctor Bernhardt no vió nunca cambio alguno en los síntomas atáxicos; 3.°, se recobró el poder sobre la vejiga, de modo que los enfermos podían expeler la orina y dormir toda la noche sin ninguna molestia; se restableció el poder sexual. En unos cuantos enfermos no hubo mejoría objetiva, pero todo indicaba que estaban mejor. Sin embargo, el buen efecto fué en casi todos los casos simplemente temporal. El doctor Bernhardt no ha observado ningún efecto sobre el nervio óptico producido por la suspensión. Observa que el tratamiento no fué curativo, sino sólo paliativo, respecto á ciertos síntomas. El doctor Eulenburg, con una práctica dos veces mayor que la del doctor Bernhardt, confirma en todo estas conclusiones. Se notó mejoría en el sueño, que era tranquilo; el bienestar general, el síntoma de Romberg, el

andar, las funciones de la vejiga, los dolores neurálgicos, la jaqueca y las crisis gástricas. En algunos casos la mejoría iniciada al principio cesó después de continuarse algún tiempo el tratamiento; en otros, cuando se suspendía éste empeoraban los síntomas, pero mejoraban otra vez en cuanto se volvía á emplear la suspensión. El doctor Remak llama la atención sobre el peligro del tratamiento por suspensión en los casos de lesión cardíaca. (*British Medical Journal*, junio 15, pág. 1376.)

Ciática (El descanso y los sacos de hielo en casos graves de).—En el curso de una discusión sobre el tratamiento de la ciática, habida en la Sociedad Neurológica de Filadelfia el 25 de febrero de 1889, el doctor Weir Mitchell dijo: «Repito una y mil veces que en los casos graves el descanso es imperiosamente necesario. Con esto no quiero decir simplemente el permanecer en cama, sino el uso de métodos, sean ó no míos, para el caso es indiferente, pero que nunca he visto descritos en ninguna parte y que son ahora usados en la enfermería por mí y mis colegas. Consisten en meter al enfermo con esta clase de neuralgia en la cama, y colocarle un antiguo apósito para la fractura del muslo bien apretado, de modo que no pueda mover la pierna. El resultado de este descanso absoluto es en muchos casos muy notable. Este medio, sin embargo, no excluye el uso de otros agentes, como el cautchuc, una baja temperatura, etc., etc. Otra cosa que creo no ha sido usada por nadie hasta ahora más que por mí es la aplicación *persistente* del hielo sobre el nervio, para lo cual se ponen sobre la región neurótica principal unos saquitos llenos de hielo que se conservan día y noche. En un caso se usaron durante tres semanas con magnífico resultado. (*Medical News*, abril 6, pág. 386.)

Convulsiones (Tratamiento de las).—El doctor V. Knagges recomienda el sulfato de cal como remedio de las convulsiones, tan frecuentes en los niños durante la dentición, á consecuencia de golpes en la cabeza, en la meningitis y bastante á menudo en la tuberculosis aguda. Los niños menores de seis años toman cada hora una cucharadita de la solución siguiente:

Sulfato de cal.	6 centigramos.
Agua destilada	250 gramos.

Se puede elevar un poco esta dosis. En los niños de más de un año se pueden emplear dosis que varíen entre 0,75 y 0,3 gramos por hora; por lo demás, la frecuencia de la administración depende de la mayor ó menor gravedad del caso. El medicamento debe estar siempre recién preparado, pudiéndosele mezclar con el azúcar de leche.

El autor dice que á veces conviene alternar el empleo de la antipirina con el del sulfato de cal, aunque según sus observaciones la antipirina es en estos casos el antagonista del sulfato de cal.

Así, la administración de 0,03 á 0,12 gramos de antipirina parece exasperar y agravar las convulsiones. Pero siempre que el sulfato de cal produzca una acción demasiado depresiva sobre el sistema nervioso, habrá que alternarle con la antipirina, que obra entonces como estimulante. (*Siglo Médico*, 29 de septiembre de 1889.)

Delirio é insomnio (Uso del paraldehido en el).—Indudablemente en el delirio la acción del paraldehido es excelente, y según se cree en el alcoholismo agudo es aquélla segura é inofensiva. El uso de la morfina, el cloral y el bromuro potásico es muy limitado, y en aquellos casos en que no hay dolor el del paraldehido es más útil y seguro. Generalmente doy para un adulto 1,50 centigramos en 30 gramos de menta piperita, tomados á las ocho ó nueve de la noche, doce y tres de la mañana si fuese necesario. Casi nunca suele ser necesaria una tercer dosis. (E. Mansel Sympson, *Practitioner*, julio, página 13.)

Delirio consecutivo á una dosis de sulfonal.—Pocos hipnóticos han alcanzado rápidamente tanta popularidad como el sulfonal. Hasta ahora no había tenido que decir nada de sus efectos, pues lo mismo en la fiebre tifoidea que en la bronquitis, *delirium tremens* é insomnio debido á excitación mental, y siempre que ha sido usado, obtenía con él notable beneficio y sueño tranquilo sin ninguna de las consecuencias desagradables del opio ó cloral. Prescribíale, pues, libremente, hasta que en julio de este año di 1,25 centigramos á una joven de diez y nueve años con menorragia, observando con extrañeza que en lugar de producirle sueño se complacía en escuchar á las personas que le hablaban, presentándose pronto un delirio

alto. Así continuó hasta las siete de la mañana (se le había dado la dosis á las nueve de la noche) del día siguiente, en que se quedó como aletargada hasta las diez, á cuya hora el pulso (86), las pupilas y la temperatura eran normales; sólo la piel y los labios estaban pálidos, pero sin evidencia de cianosis. En general el sulfonal no suele dar buen resultado en el insomnio consecutivo al dolor, las lesiones cardíacas, angina pectoris y arterio-esclerosis. Toda sustancia capaz de producir efectos fisiológicos bien acentuados estará contraindicada en ciertos casos, siendo triste confesar que sólo la práctica podrá decidir en qué casos deberá ó no administrarse con buen resultado. Cuando se descubre un medicamento nuevo en seguida lo prescribimos ampliamente, olvidando muchas veces que la acentuada acción terapéutica que le hace tan útil puede también ser peligrosa para la vida si se prescribe impropiamente, y cada uso imprudente que de él se hace disminuye su fama, haciendo muchas veces que se pierda un agente terapéutico útil. (Mr. George Foy, cirujano del Hospital de Dublín. *Medical Press*, septiembre 11, página 253.)

Epilepsia (Tratamiento de la), por el doctor Kowalewski.—El método del autor no tiene nada de nuevo en cuanto á los medicamentos que emplea, sino en cuanto á las dosis de aquéllos y á la duración del tratamiento, y por dar una norma precisa que seguir en estos casos. Considera el autor curables los casos en que el mal no tiene más de diez años de antigüedad, y fija en dos años el período mínimo del tratamiento, el que divide en cuatro partes iguales ó semestres. En el primer semestre se dan al enfermo 4 gramos diarios de bromuro de sodio ó de otro bromuro que parezca más oportuno, añadiéndoles 15 á 25 centigramos de ioduro de sodio y tomando la poción en tres veces, por mañana, mediodía y tarde, seguida de abundante cantidad de agua. Si se presentan fenómenos de adinamia, se disminuye un poco ó hasta se suspende durante cuatro ó cinco días el bromuro, como se suspende también durante el período menstrual. La alimentación á base de vegetales y de leche debe ser sustanciosa. Hacia el final del primer semestre se suspende el remedio por dos ó seis semanas antes de darlo de nuevo. En el segundo se-

mestre la cantidad de bromuro y de ioduro se reduce á la mitad, y se administra de la misma manera que en el primero, suspendiéndola también por dos ó seis semanas al final. En el tercer período se da el bromuro de potasio reducido á la dosis de 25 á 50 centigramos mañana y tarde, siguiendo el mismo régimen dietético. En el cuarto semestre se empieza por solo 25 centigramos de bromuro al día, y más adelante se da esta misma cantidad tan solo cada dos á seis días. Después se suprime el uso del bromuro y se suministran durante el resto del semestre pequeñas dosis de nitroglicerina, y en el mismo caso de tintura de *capfaris coriacea*, que tiene fama de ejercer favorable influencia sobre los accesos epilépticos. Con este método asegura el autor haber curado gran número de casos, puesto que los accesos no reaparecieron diez años después, y por lo tanto no cree en absoluto en la incurabilidad de la epilepsia. (*Riforma Medica*, 1889. *Gazzeta Medica di Torino*, 25 agosto de 1889.)

Lesiones de la zona motriz de la corteza cerebral (Diagnóstico de las).—He aquí cuáles son para el doctor Horsley los fundamentos para establecer con certeza el diagnóstico del sitio y de la naturaleza de las lesiones en foco de la epilepsia parcial en la zona motora de la corteza cerebral. La función de dicha zona es triple: 1.°, sensación de tacto; 2.°, sensación muscular, locomoción y movimiento; 3.°, fuerza motriz desordenada.

Esta zona motora puede ser afectada por una lesión excitante ó deprimente.

La excitación se traduce por lo general: 1.°, por aura sensitiva, que consiste en comezón; 2.°, por movimientos tónicos y clónicos; los movimientos clónicos se encuentran en los tumores de la corteza; los movimientos tónicos más bien en las lesiones de continuidad.

Beevor y el autor han hecho experimentos en los monos, y han logrado analizar de una manera más exacta la función motora. Según ellos, confirmándose además por sus observaciones clínicas, hay en la zona motora de la corteza cerebral focos de localización de movimiento para cada uno de los segmentos del miembro; por ejemplo: para el índice, el pulgar, los dedos, la muñeca, el codo, el hombro, etcétera.

A la primera excitación se puede producir el movimiento de uno ó de los dos segmentos del miembro; por ejemplo: la flexión del pulgar; á la segunda y tercera excitación se obtiene la marcha típica de la epilepsia peroniana.

Si se destruye uno de los centros motores, se produce la parálisis con pérdida de la sensibilidad y del movimiento. Si la destrucción del foco no es completa, si bien subsiste el movimiento, hay pérdida de la localización tópica; el animal asiente todavía, pero no puede precisar con exactitud el sitio de una sensación táctil ó dolorosa.

La temperatura del lado paralizado y del lado sano ha presentado las mismas variaciones que en las hemiplejias recientes, y las inyecciones de pilocarpina han demostrado que la secreción del sudor está disminuída en el lado sano. (18.° Congreso alemán. *Rev. de Med. y Cir. prácticas*, 7 julio de 1889.)

Neuralgia (Fenacetina en el tratamiento de la).— Según el doctor Ott (*Zeitschrift für Therapie*, mayo 15, 1889), la fenacetina, en dosis diarias de 38 á 75 centigramos, es de un gran valor en el tratamiento de la neuralgia de origen periférico, mientras que no ejerce acción alguna en el de la neuralgia dependiente de alguna afección cerebral ó medular. El doctor Ott administra esta sustancia en forma de polvo encerrado en cápsulas y en dosis de 38 centigramos, no habiendo tenido nunca ocasión de usar una cantidad mayor. Una ó dos dosis de estos polvos, tomadas con intervalo de una hora, suelen bastar para calmar el sufrimiento. Los resultados más brillantes con el uso de la fenacetina los ha obtenido en la hemicránea y la neuralgia occipital, tan frecuente en las mujeres durante el período menstrual ó en los hombres á consecuencia de una gran congestión hemorroidal. En un caso de hemicránea obtuvo muy buen resultado después de haber tomado el enfermo antes la antifebrina sin efecto alguno. En la neuralgia trigémina simple sólo produce una mejoría pasajera, siendo necesario recurrir á otros remedios, como la quinina, el salicilato ó la electricidad. Refiere dos casos de cardialgia en los que obtuvo marcada mejoría, así como también en 3 casos de neuralgia intercostal. Por otra parte no produjo efecto alguno en un caso de ciática muy intensa, aun cuando se aumentó la dosis hasta 3,50

centigramos en veinticuatro horas. Desgraciadamente el organismo parece que se acostumbra al uso de la fenacetina, y después de continuarse mucho su uso pierde sus propiedades analgésicas. (*Therapeutic Gazette*, julio, página 482.)

Neuralgia del trigémino (Uso del butylcloral en la).— Liebreich (*Therap. Monats*, noviembre de 1888) dice que está convencido de que el butylcloral, en dosis de 75 á 2,25 centigramos produce anestesia en el curso del nervio trigémino. Desgraciadamente el efecto no es continuo y las dosis grandes producen sueño. Es, sin embargo, muy útil en aquellas afecciones del trigémino que no tienen un carácter crónico. Los dolores reumáticos de la cara, y los ocasionados por lesión ú odontalgia debida á inflamación del periostio, pueden curarse con la administración del butylcloral. Su gusto es desagradable, siendo difícilmente soluble. Puede darse del modo siguiente: Butylcloral, 1,50 á 2,25; alcohol rectificado, 150 gotas; glicerina, 15 gramos; agua, 100 gramos. Mézclese. Tres ó cuatro cucharaditas en una dosis, la cual puede graduarse según el dolor y el estado especial del enfermo. (*Medical Chronicle*, septiembre, pág. 484.)

Paraldehido y sulfonal comparados.—Las deducciones prácticas que se deducen del ensayo de estas dos sustancias son: 1.° Que el paraldehido es el hipnótico más inofensivo cuando se desea una acción continuada. 2.° Que el paraldehido tiene más aplicaciones en las afecciones mentales que el sulfonal, y que en el insomnio consecutivo á una afección aguda ó crónica donde exista dolor, tos, disnea ó fiebre el sulfonal no es tan eficaz como el paraldehido. 3.° Que en todo estado mental depresivo no es eficaz el sulfonal, estando contraindicado en la melancolía aguda, mientras que en las manías produce mejor efecto que el paraldehido. Que el uso del primero en la parálisis general del demente debe ser prudente, mientras que en la melancolía aguda el último es generalmente eficaz. 4.° Que un grado excesivo de debilidad física con insomnio contraindicará el sulfonal. 5.° Que en el 18 por 100 de los casos puede el sulfonal producir mayor ó menor intoxicación, y que dicha sustancia parece que puede ser hasta peligrosa para la vida, debiendo por lo tanto las dosis pri-

meras ser pequeñas, pues algunas personas son excesivamente sensibles á su influencia. 6.° Que los efectos producidos por el sulfonal no siempre están en proporción con la dosis administrada, y que en algunos casos al menos altera seriamente las secreciones normales del cuerpo, mientras que el paraldehido no produce esto de un modo tan acentuado. (Dr. C. M. Hay, *American Journal of Medical Science*, julio, pág. 42.)

Paraldehido en las afecciones mentales (Dosis apropiada del).—La dosis apropiada del paraldehido varía mucho según el caso. Generalmente empiezo por 40 gotas ó 2 gramos, llegando en casos ordinarios hasta 4 gramos. En muchos casos de insomnio confirmado, en la melancolía y manía aguda he dado 9 y hasta 12 gramos, y en un caso 18 gramos. Asisto ahora á un paralítico general que ha tomado 12 gramos todas las noches durante quince días, no consiguiendo conciliar el sueño con una dosis menor. Nosotros comúnmente lo damos mezclado con tintura de quillaya y unas cuantas gotas de cloral etéreo en agua de canela. No puede disimularse su mal gusto, y se percibe siempre su olor en los enfermos hasta veinticuatro horas después de la última dosis. Nunca he visto que el paraldehido obre sobre la acción cardíaca más que aumentándola en seguida después de administrada. Puede colocarse su acción entre la del éter y el alcohol, pero con mayores efectos hipnóticos que ambos. He tenido muchos casos en los que su uso diario por la noche, durante períodos de una á seis semanas, ha ido inmediatamente seguido, después de suspendido, de la restauración del hábito de dormir. (Doctor T. S. Clouston, pág. 151.)

Vendaje de cuerpo húmedo (Sobre la acción somnífera del).—El doctor Altdorfes dice haber obtenido resultados en los casos de insomnio con el medio siguiente: Se rodea la región lumbar y el vientre con lienzos empapados en agua tibia. Estos lienzos (son preferibles las toallas turcas) se cubren en seguida con una ancha tela impermeable que se opone á la evaporación, colocando luego sobre todo esto un vendaje de cuerpo de franela para sostener lo anteriormente puesto é impedir la pérdida de calor.

El autor calcula que el contacto prolongado con la piel

de cierta cantidad de agua que tenga la misma temperatura de los vasos determina una dilatación de los vasos periféricos, seguida de anemia cerebral y de sueño consecutivo. Además de esta acción vasomotora se producirá una influencia sedativa directa sobre las extremidades de los nervios cutáneos, que poco á poco llegará á los centros encefálicos por la vía nerviosa y producirá de este modo el sueño. (*Semaine Médicale. Ann. de Thérap.*, 1887, página 233.)

AFECCIONES DEL APARATO CIRCULATORIO

Cardiopatías (Indicaciones y contraindicaciones del empleo de los vejigatorios volantes en las), por el doctor Jaccoud.—Este eminente clínico llama la atención de los prácticos sobre este punto que, á su parecer, no les preocupa mucho. Se trata del estado de los riñones en los cardiópatas. Siempre que esté interesado el filtro renal, y se encuentre en la orina la más pequeña cantidad de albúmina, deberá proscribirse en absoluto la aplicación de emplastos vesicantes en la región precordial.

Por no atenerse á esta regla han agravado involuntariamente bastantes veces los prácticos el estado de aquellos que estaban confiados á sus cuidados. Esta imprudencia resulta: ya del desconocimiento de este detalle clínico, ya de una insuficiente investigación de la albúmina en la orina ó de una temeridad culpable, que sin cuidarse de la presencia de la albúmina, prescribe el tópico vesicante.

Es necesario evitar semejante descuido é inquirir con cuidado el estado de los riñones del enfermo, y siempre que se descubra la existencia de la albúmina desechar el uso del vejigatorio.

En estos casos se prescribirán embadurnamientos con la tintura alcohólica de iodo en la región precordial. (*Ann. de Thérap.* 1889, pág. 100.)

Enfermedades del corazón (Pronóstico de las). —En una nota leída en la Sociedad de Medicina de Berlín acerca del pronóstico de las enfermedades del corazón, el profesor Leyden las divide en tres grupos:

1.º Enfermedades cardíacas que dependen de condicio-

nes generales de existencia del individuo (edad, sexo, arterio-esclerosis).

2.° Formas especiales de la enfermedad.

3.° Síntomas individuales físicos y fisiología patológica.

Los niños soportan mal las enfermedades cardíacas, á las que sucumben rápidamente, pero el pronóstico se hace cada vez más favorable á medida que avanzan en edad; la causa más frecuente es la arterio-esclerosis, que progresa con mayor ó menor rapidez.

En cuanto al sexo, el pronóstico es generalmente más favorable en la mujer que en el hombre, y esto se explica porque las mujeres están menos expuestas á las causas que producen las enfermedades del corazón y menos sujetas á la arterio-esclerosis. Más tarde las afecciones de pronóstico favorable son menos frecuentes en la mujer.

El número de mujeres afectas de estenosis mitral es mayor que el de los hombres, en tanto que la insuficiencia aórtica es mucho más frecuente en el hombre.

Respecto á las condiciones de existencia, el pronóstico es mucho más desfavorable en los que se dedican á un trabajo penoso.

Entre todos los remedios ocupa el primer lugar la digital. Mientras puede ser soportada por el enfermo, el pronóstico no es desfavorable; pero lo es cuando la digital no puede prescribirse y nos encontramos desarmados contra la enfermedad. (*Medical Press. Ann. de Thérap*, 1889, página 193.)

Incompetencia aórtica (Uso de la digital en la).—Durante mucho tiempo ha sido un punto discutido si estaba ó no indicada la digital en casos de incompetencia aórtica. La principal razón para su contraindicación es la prolongación del diástole, que dicha sustancia se sabe promueve. Considerando la cuestión bajo el punto de vista práctico, puedo afirmar como resultado de mi experiencia clínica que la digital no está contraindicada en esta afección. Frecuentemente observamos casos de incompetencia aórtica en que la lesión está muy acentuada, yendo acompañada de gran reflujo sanguíneo, y sin embargo no hay éxtasis seroso ni hidropesía, así como tampoco evidencia de congestión pulmonar. En otras palabras, el ventrículo izquierdo puede con el excesivo trabajo que pesa

sobre él, y los efectos de la lesión no pasan más allá de dicha cámara. En estos casos nunca he encontrado útil el empleo de la digital. Los cambios que son necesarios para la compensación producen molestias y quizás algo peor al enfermo, siendo las principales palpitación y disnea mayor ó menor. Con más frecuencia, sin embargo, observamos incompetencias aórticas que presentan un aspecto muy distinto y en las que el ventrículo izquierdo está muy dilatado, las válvulas mitrales incompetentes, los pulmones infartados, el lado derecho del corazón dilatado, el hígado hipertrofiado y existe éxtasis venoso é hidropesía. Este es el caso típico en que debemos esperar los mejores resultados del uso de la digital, siempre que el corazón no esté tan degenerado que no responda ya al medicamento. (Doctor Graham Steell, *Practitioner*, septiembre, pág. 186.)

Inhalaciones de cloroformo en el tratamiento de las enfermedades del corazón y de los pulmones.—El profesor Rosenbach recomienda vivamente las inhalaciones de cloroformo en todos los casos de enfermedades del corazón y de los pulmones, en los que los demás narcóticos (como, por ejemplo, la morfina el cloral, etc.) obren con demasiada lentitud ó vayan seguidos de efectos secundarios desagradables. He aquí el procedimiento que emplea: se coloca en un embudo cierta cantidad de nata, y sobre ésta se vierten de 5 á 15 gramos de cloroformo; el enfermo respira los vapores de cloroformo teniendo el embudo á cierta distancia de la boca y de la nariz. Como el cloroformo se mezcla con el aire, no hay que temer ningún peligro. Al principio el enfermo experimenta una sensación desagradable en la faringe, que luego disminuye; el enfermo ejecuta varias respiraciones profundas que provocan una sensación de bienestar, y en ocasiones hasta el sueño.

El autor nunca ha observado fenómenos secundarios nocivos que pudieran atribuirse á este tratamiento.

Las inhalaciones de cloroformo están indicadas en todos los accesos de disnea de origen cardíaco ó pulmonar, pero sobre todo en el enfisema, el asma cardíaco y las enfermedades del corazón. También se han obtenido buenos resultados prescribiéndolas en los casos de accesos frecuentes de tos en los tísicos; enfermos que antes de tomar las

inhalaciones pasaban toda la noche en completo insomnio, se dormían tranquilamente después de una ó dos sesiones durante la noche. Se consiguen asimismo resultados satisfactorios en el hipo y los accesos de cardialgia intensa; en estos últimos casos es, por lo demás, preferible la morfina al cloroformo. Es de notar que el autor ha conseguido á veces contener accesos de edema pulmonar. Además cree útil verificar toques con una solución acuosa de cloroformo en las úlceras tuberculosas de la laringe; según él, la mejoría que sobreviene en estos casos se explica en parte por la acción analgésica y en parte por la acción parasiticida del cloroformo. (*Journ. de méd. de París. Ann. de Thérap.*, 1889, pág. 302.)

Insuficiencia cardíaca (De la tintura de estrofantus contra la), por el doctor Haus Gratz.—Después de haber observado la eficacia de este medicamento contra los accidentes imputables á la asistolia, insomnio, disnea, etcétera, el autor le ha ensayado contra los trastornos cardíacos y otras afecciones agudas, y en particular contra la pneumonía y el enfisema.

Los mejores resultados los obtuvo con la insuficiencia cardíaca aguda del curso de la pulmonía. Bajo su influencia la respiración se hacía más libre y más tranquila, el pulso disminuía de frecuencia y era más duro. Al mismo tiempo se observaba el aumento y la regularización de la actividad cardíaca. Estos efectos se consiguieron con la administración cotidiana de tres dosis de estrofantus. (*Allg. mediz Zeit. Ann. de Thérap.*, 1889, pág. 99.)

AFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

Asma del heno (Tratamiento del), por el doctor Ch. Eloy.—Como es sabido, este tratamiento ha dado lugar á los esfuerzos terapéuticos de numerosos clínicos. Sin adoptar una opinión radical acerca de la naturaleza de esta afección, se puede prescribir el tratamiento siguiente:

1.° *Tratamiento interno.*—Administrar la antipirina á la dosis de 1 á 2 gramos al día. El vehículo de este medicamento debe ser un agua mineral alcalina, ó bien un líquido ligeramente alcoholizado, é ingerirse antes, al empezar el acceso.

2.° *Tratamiento externo.*—Es preventivo ó curativo del acceso.

a) Preventivo del acceso.—Consiste en modificar la mucosa nasal con vaporizaciones antisépticas fenicadas, inhalaciones de vapor de agua cargado de tintura de benjuí, ó bien irrigaciones nasales por medio del sifón y con una solución de cloruro de sodio ó de ácido bórico al 3 por 100.

b) Curativo del acceso.—El empleo de la cocaína permite, en efecto, detener el acceso. Se la puede prescribir en polvo ó en solución.

En polvo: El enfermo practicará al principio del acceso una insuflación con la mezcla siguiente, finamente pulverizada:

Hidroclorato de cocaína	1	centigramo.
Benjuí en polvo fino	20	—
Salicilato de bismuto	5	—

Se repite la insuflación algunos minutos después.

En solución: Se usan embadurnamientos con el glicerolado siguiente:

Hidroclorato de cocaína	1	gramo.
Glicerina	5	—
Agua destilada	5	—

Estos toques se repetirán cada diez minutos.

3.° *Tratamiento higiénico.*— Como he demostrado en otra ocasión, la acción tónica de la electricidad es la más eficaz. Las duchas frías en lluvia ó chorro durante uno ó dos minutos, según la práctica de Fleury, están indicadas y bastan, como he observado, para atenuar los ataques ó impedir su reaparición. (*Gazette Hebdomadaire*, 27 septiembre de 1889.)

Asma del heno.—*Tratamiento por el galvano-cauterio.* — El método de tratamiento, más generalizado en América que en Inglaterra, es uno que, además de estar basado en principios científicos, no ofrece peligro alguno y va acompañado comparativamente de poco dolor. Me refiero al empleo del galvano-cauterio. Ante todo debe anestesiarse la membrana mucosa nasal, aplicando una solución al 30 por 100 de hidroclorato de cocaína, después de lo cual se cauteriza profundamente todo el tejido engrosado de los cornetes inferior y medio, según el caso.

En algunos casos creo que es mejor usar una punta fina, pues las partes más profundas pueden cauterizarse con ella mejor que con la hoja. Se disminuirá el escozor consecutivo á la cauterización introduciendo dentro de la nariz bolas de algodón untadas de vaselina fenicada. Una simple aplicación suele á veces producir una gran mejoría, pero en general se requieren varias sesiones para obtener el resultado completo. Respecto al uso de una solución de cocaína aplicada á la nariz, las ilusiones que se formaron sobre su eficacia en la fiebre de heno cuando se descubrió dicha sustancia no se han realizado. Aunque el resultado inmediato de la aplicación es producir una mejoría de los síntomas más molestos de la afección, pronto pasa el efecto, necesitándose renovar aquélla si se quiere obtener alivio. Como resultado de la dilatación de los vasos sanguíneos, que es el efecto secundario de la cocaína, la membrana mucosa aumenta de espesor, de modo que puede dicha sustancia agravar una lesión que se desea curar. Sin embargo, no debe olvidarse su efecto reductor, ni el peligro de que se produzca el hábito de la cocaína, de modo que opino con el doctor Leunox Browne que no debe recomendarse el empleo de la cocaína en las afecciones crónicas de la garganta y nariz. (doctor De Havillnad Hall, página 191.)

Bronquitis catarral (Tratamiento de la). — El doctor Flascher considera el jugo de ananas como uno de los mejores remedios para disolver las mucosidades que obstruyen las vías aéreas, y ha conseguido con él excelentes resultados en los casos de bronquitis crónica con expectoración insuficiente y disnea.

Aconseja prepararle de la manera siguiente: Se corta el fruto en pedazos que se colocan en un vaso de cristal. Se les espolvorea con azúcar y se pone el vaso cerrado y rodeado de paja en agua fría, cuya temperatura se eleva gradualmente hasta 100 grados. Se retira la vasija y se deja enfriar el jugo, que se distribuye en botellas de cristal.

La dosis es de 8 ó 10 cucharadas de las de café en los primeros días, y después se las puede disminuir. (*Drug. Zeit.*, 1889.)

Cirugía nasal antiséptica (Sobre la).—El doctor Rice es partidario decidido del método antiséptico, y

aunque en las fosas nasales no puede obtenerse una antisepsia tan completa como en una herida, por ejemplo, no obstante cree que con el empleo de las soluciones la cirugía nasal se encuentra casi en iguales condiciones que la general. El método seguido por el doctor Rice es el siguiente: Algunos días antes de la operación, se lava el mismo enfermo la nariz dos veces al día; primero por medio de una ducha salina ó alcalina tibia, y después con un líquido antiséptico, empleando para esto un pulverizador. Da la preferencia á una solución de peróxido de hidrógeno, á la que agrega un 2 por 100 de clorhidrato de cocaína por sus efectos anestésicos y astringentes. Una de las mejores preparaciones antisépticas es la disolución de bicloruro de mercurio.

Cuando sólo se emplean pulverizaciones, puede usarse la disolución fuerte (1 : 4.000); pero cuando se hacen irrigaciones, se corre el peligro de producir salivación y debe darse la preferencia á otra más débil (1 : 10.000). Esta disolución puede usarse en grandes cantidades. Para evitar el peligro de que penetre en las fauces y sea deglutido, el autor aconseja emplear el tubo irrigador postnasal construído á propósito. De este modo se disminuye también el riesgo de que penetre por la trompa de Eustaquio y origine otitis medias. Para evitar que retroceda la solución, se coloca una esponja antiséptica cerca de la extremidad del tubo; el tamaño de esta esponja debe corresponder al del orificio nasal posterior. La esponja se mantiene sumergida en una solución fenicada al 3 por 100. Para poder introducir el tubo se le agujerea en su centro. Antes de introducir éste y la esponja, y con objeto de calmar la irritación en las fauces, se aplica tópicamente detrás del velo del paladar una disolución de cocaína al 4 por 100. Después se hace la irrigación, y por último se secan las fosas nasales con algodón antiséptico. Los instrumentos que han de emplearse se esterilizan por medio del calor antes de usarlos y después se sumergen en una disolución fenicada. El operador debe lavarse las manos con agua y jabón y sumergirlas después, antes de operar, en una disolución de bicloruro.

El doctor Rice condena la costumbre de mantener aplicados los tapones, aun cuando sean antisépticos, du-

rante mucho tiempo, y recomienda no emplearlos porque la hemorragia cesa espontáneamente á los pocos momentos en la inmensa mayoría de los casos. Cuando no cesa, debe recurrirse al galvano-cauterio. Después de la operación cree preferible el autor usar para la limpieza una disolución de peróxido de hidrógeno, ó de ácido bórico salicílico, etc. Los tapones antisépticos empleados con el objeto de evitar el acceso del aire son perjudiciales, porque irritan é impiden el desagüe y pierden en seguida sus cualidades antipiréticas. Es mejor tener libre la nariz y mantenerla lo más antiséptica posible con la limpieza y lavatorios antisépticos. (*Rev. de Med. y de Cir. pract.*, 7 abril de 1889.)

Coqueluche (Tratamiento de la) con el iodofenol.—El doctor Rothe, que recomienda mucho este tratamiento, ha curado con él varios cientos de niños, sin que en ninguno de ellos pasara la enfermedad de cuatro semanas. Prescribe la fórmula siguiente:

Acido fénico.	aa.	1 gramo.
Alcohol.		
Tintura de iodo		10 gotas.
Tintura de belladona		2 gramos.
Agua de menta piperita.		50 —
Jarabe opiado.		10 —

M. s. a. Para dar una cucharada de las de té cada dos horas (niños de uno á dos años); para los de menos de un año se disuelve la solución en su volumen de agua. El tratamiento debe instituirse en cuanto aparecen los primeros síntomas sospechosos y continuarse hasta que los accesos de tos se hagan menos frecuentes é intensos, lo que generalmente ocurre al final del primer septenario. En los casos en que los niños son tratados desde el principio de la enfermedad, no es raro hacerla abortar antes de que llegue á su apogeo; la completa curación se obtiene á las dos ó tres semanas de tratamiento. La influencia favorable de este medicamento se deja sentir hasta en los casos inveterados.

El autor no ha observado nunca efectos secundarios desfavorables, ni aun después de la administración del medicamento durante dos á tres semanas á las dosis indicadas. No se presenta coloración verde en la orina. Los ni-

ños aceptan bien esta solución. Es necesario á la vez procurar que el niño esté al aire libre el mayor tiempo posible. (*Wien. Med. Presse*, julio 15 de 1889.)

Crup espasmódico.—*Su tratamiento por el opio.*—Con el uso prudente de un opiado y la ipecacuana, si el caso no es tan grave que exija la inmediata y algo violenta acción de un emético, según mi experiencia, el espasmo del crup puede combatirse mejor que por cualquiera de los otros medios que he ensayado; y cuando la madre, de acuerdo con el médico, aprende á tratar de este modo esta afección, pierde, excepto cuando se presenta en sus formas más violentas, casi todo el pánico que su presencia provoca. Lo que debe procurarse en el crup es dar una cantidad de láudano que produzca un moderado, pero marcado efecto soporífico, sin narcosis, é ipecacuana para relajar el espasmo, pero sin ocasionar náuseas ni sobre todo provocar la emesis. Al administrar el láudano á una niña que no lo haya tomado antes debe empezarse naturalmente por una dosis pequeña, aun cuando no se obtenga con ella el efecto deseado. Para una niña de dos años la dosis inicial no deberá ser mayor de 2 gotas de láudano con 10 de jarabe de ipecacuana, la cual se repetirá á la hora ó después si se cree necesario. Después de pasada una hora puede siempre darse una segunda dosis sin cuidado alguno, porque si la primera no ha producido un efecto marcado en dicho tiempo el de la segunda no será demasiado exagerado. Para un niño de dos á seis meses la primer dosis que puede darse sin cuidado es de media gota con 5 ó 6 de jarabe de ipecacuana, pudiendo repetirse á la hora si no da resultado. En niños mayores la dosis será proporcionalmente mayor, y la cantidad exacta que se ordene dependerá de las circunstancias, pues es muy difícil formular una regla precisa. (Doctor Arthur V. Meigs, pág. 172.)

Crup idiopático (Uso del aceite de trementina en el).—Lewentaner (*Centralbl. f. Klin. Med.*, número 8, 1889) fué el que primero dió cuenta del buen resultado obtenido con el aceite de trementina en el tratamiento del crup; pero entonces pudo haber duda respecto al diagnóstico, por no haber expectorado el enfermo ninguna membrana. Ahora refiere otros dos casos, ambos *in extremis* cuando se empezó el tratamiento, y ambos salva-

dos al parecer con el uso de la trementina. El primero fué una niña de dos años que había tenido signos de estenosis durante algunos días y que estaba en el último día de la afección. Cuando fué vista por primera vez por el autor la asfixia era inminente, la tos completamente afónica, la cara estaba pálida y lívida y el pulso apenas perceptible. No había expectorado ninguna membrana. Administróse una cucharadita de aceite de trementina y pusiéronse compresas de hielo al rededor de la garganta. La niña durmió más tranquilamente toda la noche, tomó otra dosis de trementina á la mañana siguiente y durante el día expectoró un gran pedazo de membrana. Siguiéronse administrando pequeñas dosis de trementina, con las que la mejoría iniciada continuó lentamente. El segundo caso fué el de una niña de cuatro años que había sido atacada repentinamente, con síntomas de estenosis y estaba en el octavo día de enfermedad cuando la vió el autor. Tenía entonces gran disnea, piel pálida y pulso filiforme y apenas perceptible. No había expectorado membrana alguna. Se la dió una cucharadita de aceite de trementina, y se prescribió una pulverización continua con una mixtura que contenía trementina. En seguida, después de la ingestión del medicamento, hubo un violento paroxismo de tos, expectorándose un gran pedazo de membrana de tres á cuatro pulgadas. Sin embargo, como continuaron formándose, se persistió en el tratamiento, dándose dos veces al día una cucharadita del medicamento dicho. Se expectoraron muchas membranas, y á los pocos días la niña estaba bien. El autor está firmemente convencido de que la trementina tiene una acción específica sobre esta afección. (*American Journal of Med.-Science*, junio de 1889, pág. 614.)

Faringitis granulosa.— *Estadística y tratamiento.*—En la sección de laringología de la British Medical Association, el doctor L. A. Lawrence leyó una tesis basada en 200 casos, en su mayoría enfermos del hospital y que ha examinado últimamente.

No hubo elección, siendo la mayor parte de los enfermos de afecciones quirúrgicas y médicas ordinarias. Respecto á la garganta se presumía estuviese normal. Definíase la *granulación* como una elevación en la superficie de la membrana mucosa, cuyo tamaño podía variar desde la ca-

beza de un alfiler pequeño hasta el de una lenteja. No se creía predispusiesen á la afección ninguna diátesis hereditaria como escrófula, reumatismo y gota, siendo la misma vaguedad en la etiología una prueba de la ignorancia que sobre esta cuestión existía. De los 200 casos examinados, en 168 había faringitis granulosa, 30 no la tenían y en dos niños pequeños no pudo verse la pared posterior de la faringe debido al gran tamaño de los amígdalas; de los 168, en 48, ó el 28,57 por 100, había antecedentes individuales ó de familia (algunas veces ambos) de tisis ó escrófula; en 34, ó el 20,23 por 100, había antecedentes de escrófula ó gota; en 20 había antecedentes de síntomas diversos ó estados, como catarro, lesión cardíaca, asma é hidropesía; y por último, en los 66 restantes, ó el 39,28 por 100, había buena salud, lo mismo individual que hereditaria. De los 30 en los que no se vieron granulaciones, 9, ó el 30 por 100, tenían antecedentes de tisis ó escrófula; 4, ó el 13 por 100, de reumatismo; en 30 había otros antecedentes, y los 14 restantes estaban sanos. Respecto á la influencia de las tisis, los casos sanos daban un 30 por 100 y los enfermos un 28,57 por 100. Debe, pues, excluirse como factor la tisis. Respecto al reumatismo, había un 13,33 por 100 de sanos contra 20,23 por 100 de enfermos, es decir, un exceso de los últimos sólo de un 7,9 por 100. El papel que el reumatismo juega es, pues, prácticamente ignorado. La ocupación no parecía que tenía nada que ver con la causa de las granulaciones. En aquellos que usaban con exceso la voz, aunque las granulaciones pudieran ser una causa de la alteración de aquélla, no estaba bien claro el que pudiera ser causa de la afección que nos ocupa. Respecto á la edad, el número en cada década fué de 26, 38, 40, 36, 30 y 5 con granulaciones, contra 8, 5, 3, 7, 3, 2 y 2 sin ellas. Así, pues, hasta los cincuenta años había una marcada preponderancia, mientras que después era rara. Esta afección parece ser común en todos los climas, al menos en Europa. Ochenta y dos hombres y ochenta y seis mujeres de 100 casos de cada sexo tenían la afección, demostrando que las distintas ocupaciones de los sexos no ejercían influencia en su producción, excluyéndose especialmente como factor el tabaco. Habiéndose excluído la diátesis, la edad, la ocupación, etc., el autor considera

como causa probable el contagio, pues había la analogía con las granulaciones palpebrales de estructura precisamente iguales. En la mayoría de casos el enfermo no sospechaba la existencia de las granulaciones, si bien en 31 de los 300 casos existían síntomas de sequedad en la garganta, y á veces un cosquilleo que obligaba á toser. El número de granulaciones parece tener algún efecto en la producción de síntomas, pues de 31 de los casos dichos 13 tenían muchas, 5 unas cuantas, mientras que 3 sólo no tenían ninguna. Las granulaciones pueden estar situadas en cualquier parte de la faringe, y extenderse superiormente por la región naso-faríngea ó hacia el esófago, pudiendo también existir en el paladar y amigdalas. Las variedades pequeñas eran las más comunes, y sólo en 31 de los 168 casos eran de las de gran tamaño. En 57 casos había sólo unas pocas (hasta una ó dos en algunos), mientras que en la mayoría era doble el número. Miradas al microscopio parecían simplemente tejido linfático. En la gran mayoría de casos no fué necesario tratamiento alguno. Cuando existían síntomas se aliviaron, pero el doctor Lawrence no cree que en el estado actual de los conocimientos puede obtenerse una cura permanente. Fueron útiles los astringentes, prefiriéndose el cloruro de zinc (1,50 por 30 gramos), aplicado dos veces al día con un pincel. La *pasta de Londres* también dió resultados satisfactorios; una objeción al galvano-cauterio es que la hiperemia producida en el sitio donde se aplica da lugar á un exceso de nutrición en las partes vecinas, lo cual puede aumentar el desarrollo de las granulaciones próximas. El doctor Buttin ha usado últimamente una forma de cuchillo anular de Meyer, doblado convenientemente en ángulo, con el cual se cortan las granulaciones de la faringe. Además del tratamiento local debe atenderse al estado general. (*British Med. Journal*, septiembre 14, pág. 515.)

Ozena.—*Tratamiento por la glicerina.*—En una reciente sesión de la Sociedad de Cirujanos militares de Viena, el doctor Sidlo recomendó mucho el tratamiento de la ozena con la glicerina. Su método consiste en lavar diariamente la cavidad nasal con una solución al 2 por 100 de cloruro de potasio, á la que se añade un 10 por 100 de glicerina. Esto es seguido de la introducción de bolas de

algodón empapadas en una mixtura de una parte de glicerina y tres de agua, las cuales se dejan colocadas durante una hora cada vez. Usando este método, cree que se obtendrá buen resultado en el tratamiento de la ozena. Para obtener la curación se necesitan algunas semanas de tratamiento. El método propuesto por el doctor Sidlo es muy simple y aparentemente muy racional, y si ensayado por otros médicos da el mismo resultado podemos contar con un nuevo recurso terapéutico. (*Med. Chronicle*, agosto, página 403.)

Ozena (Uso del bálsamo del Perú en la).—El profesor Rosenbach (*Deutsche Med. Wochens.*) ha encontrado en el bálsamo del Perú un excelente desinfectante en una serie de casos que han resistido á los agentes usuales. Debe aplicarse diariamente con un cepillo sobre la membrana mucosa, la entrada de las cavidades nasales y por medio de un tapón empapado en el líquido sobre las partes más profundas. (*American Journal*, mayo, pág. 503.)

Pleuresía (Tratamiento de la).—El análisis de cierto número de casos de pleuresía aguda, tratados por el salicilato de sosa, hace deducir al doctor Drzewiecki las conclusiones siguientes:

Flegmasías de la pleura rebeldes á toda medicación han cedido rápidamente al empleo del salicilato de sosa. El uso interno de esta sal, veinticuatro horas después del principio, imprime un curso favorable á la enfermedad; cuando el dolor de costado no desaparece de una manera completa, se disminuye notablemente. Cuando existe fiebre, no tarda en disminuir la temperatura. La cantidad de orina aumenta notablemente y la cifra de los cloruros se eleva, yendo todo seguido de una disminución del derrame. La duración del tratamiento no excede nunca de dos semanas.

El medicamento debe administrarse á fuertes dosis, y á fin de hacerlo tolerar se dará en leche.

En otra serie que comprende seis casos, en vez del salicilato de sosa se empleó el salol; en vista de los resultados obtenidos, el autor cree que dada la mayor tolerancia de los enfermos para con el salol, que no produce los inconvenientes del salicilato de sosa sobre la mucosa gástrica, debe ser preferido el salol, tanto más cuanto rara vez da

lugar á ruidos de oídos y á debilitaciones de las contracciones cardíacas y al colapso.

Si se quieren obtener efectos rápidos con el salol es preciso administrarle á fuertes dosis, de 8 á 12 gramos al día. Las dosis pequeñas, por ejemplo, de medio gramo, aun repetidas con frecuencia, no dan grandes resultados. La coloración oscura de la orina, considerada como un signo de intoxicación, no tiene valor como no se trate de una orina recién emitida, porque de una manera general la orina de los enfermos sometidos al salol oscurece al aire, aun cuando la dosis administrada sólo sea de 3 ó 4 gramos. El autor ha empleado hasta 12 gramos al día sin haber observado nunca ningún síntoma de envenenamiento; tal ha sido el resultado de la observación del doctor Nencki, de Berna, que ha llegado hasta 20 gramos al día. (*Bulletin Medical. Ann. de Thérap.*, 1889, pág. 98.)

Pleuresía aguda (Del empleo de la cafeina en la), por el doctor Eloy.—La medicación hidragoga conserva siempre sus derechos contra los derrames serosos de la pleuresía. Al lado del régimen lácteo, cuyas indicaciones son formales en la declinación del período febril de la enfermedad, encuentra también la cafeina sus indicaciones.

Este tratamiento consiste, pues, en provocar la diuresis:

1.° Por el régimen lácteo.

2.° Por la administración cotidiana de una poción que se puede formular así:

Cafeina.	1 á 2	gramos.
Benzoato de sosa.	1 á 2	—
Jarabe de estigmatas de maíz.	aa. 75	—
Agua destilada de lechuga.		

Esta poción se administrará á cucharadas grandes cada dos horas. También se podrá hacer uso de la solución siguiente de cafeina, indicada por Huchard, que la ha administrado á menudo en la tisana de café negro.

Cafeina.	1,50	gramos.
Benzoato de sosa.	1,50	—
Agua destilada.	100	—

Para tomar en las veinticuatro horas. (*Gazette Hebdomadaire de Med.*, 24 mayo de 1889.)

Pulmonía (Sobre el contagio de la), por el doctor Vetter.—El distinguido bacteriólogo francés ha publicado una Memoria acerca del tema que encabeza estas líneas, según la cual, á pesar de sus caracteres inflamatorios indiscutibles, la pulmonía es una enfermedad parasitaria debida al desarrollo del pneumococo en el foco hepatizado. Resulta también que es contagiosa, y aun á veces tanto como las mismas fiebres eruptivas, bastando una corta estancia del pneumococo para ser infectado. Los agentes que tocan ó rodean al enfermo pueden ser vehículos del agente contagiante, el cual por sí parece ser poco difusible, no efectuándose la transmisión á larga distancia.

El contagio, después de la curación, ha sido perfectamente demostrado por Vetter, pues resulta muy largo, hasta dos años, si bien se va atenuando el poder contagiante. Si en una familia hubo un caso de pneumonía, se halla tres ó cuatro veces más expuesta que otra á tener otro caso al año siguiente, añadiendo la observación de que después de curada la pulmonía es transmisible cinco veces más que durante la evolución del proceso. Parece ser que á los dos años la posibilidad del contagio es muy problemática.

Estas circunstancias dependen de que el pneumococo resiste á la desecación y á que conserva su actividad fuera del cuerpo. Además, las personas que tuvieron pneumonía conservan largo tiempo en la saliva dicho parásito, diez y más años, siendo su virulencia tan grande en el primer quinquenio como durante el curso de la enfermedad; pasados los cinco primeros años se va aumentando. Así se explican también las recidivas, pues cual en la erisipela, un primer ataque constituye una predisposición, no la inmunidad. La tercera parte de los pulmoníacos es recidivista. De todos modos, si una recidiva llama á otra, en general van siendo menos graves. La presencia en la saliva da cuenta de las repeticiones una vez que el microorganismo ha vuelto á ser activo por una circunstancia favorable.

La incubación, por término medio, dura cinco días, pero aun puede ser sólo de dos.

De lo dicho se desprende la conveniencia de aislar los pneumónicos, ó á lo menos evitar la cohabitación noctur-

na, y más aún el participar del lecho; de tratar convenientemente las ropas, etc.; de procurar que en los hospitales no estén con otros enfermos en habitaciones reducidas, y menos cerca de los tifoideos, sarampionosos, de los que sufran afecciones agudas de las vías respiratorias, nefritis, diabetes, que están más expuestos al contagio, y de desinfectar los esputos.

En cuanto á destruir el pneumococo en la boca de los que los presentan, sin duda útil, no se ha hecho nada todavía y convendría purificar esa peligrosa guarida. (*Archives de Méd. La France Médical*, 1889. *Rev. de Med. y Cirugía pract.*, 22 agosto de 1889.)

Rinitis atrófica y ozena.—*Tratamiento.*—Las condiciones que con su nuevo método se propone realizar el doctor Ruault, son:

1.ª Desembarazar completamente las fosas nasales de las costras que en ellas se encuentran acumuladas;

2.ª Obrar sobre la mucosa con un antiséptico poderoso que produzca á un mismo tiempo la antisepsia y una ligera irritación de la pituitaria;

3.ª Impedir la desecación de la mucosa y de las secreciones, permitiendo al mismo tiempo al enfermo respirar por ambas fosas nasales.

Para llenar la primera indicación, practica todas las mañanas una gran irrigación de las fosas nasales con agua tibia adicionada con bicarbonato de sosa. Después examina las fosas nasales, y se extraen con las pinzas de Duplay todas las costras no desprendidas. Se lava de nuevo, y cuando está seguro de la completa limpieza de las cavidades llena la segunda indicación.

La antisepsia de la mucosa la realiza por medio del naftol alcanforado, preparado en un mortero, en la proporción de uno de naftol por dos de alcanfor. En vez del naftol β emplea el α, que es más antiséptico y menos irritante.

Con un pincel fino embadurna la mucosa nasal con el naftol alcanforado, mezclado con aceite de vaselina en proporción variable, según la tolerancia del enfermo, precediendo si es necesario á esta aplicación otra de cocaína. El dolor, vivo al principio, desaparece en los toques sucesivos y va haciéndose poco á poco nulo.

Impide la desecación de la mucosa nasal con pulveriza-

ciones repetidas varias veces al día de aceite de vaselina mezclado ó no con sustancias antisépticas, el naftol alcanforado sobre todo.

Si las secreciones son muy abundantes se repite por la noche la irrigación, la limpieza y pulverización con aceite de vaselina antiséptico. Esta segunda irrigación es pronto inútil, y se reemplaza con una inhalación de vapor de agua adicionado con tintura de benjuí (una cucharada de las de café por 100 gramos de agua).

Con este tratamiento la ozena desaparece ó se hace apenas apreciable el mal olor y el olfato reaparece á las pocas semanas. (*Archives de Laryngologie. Rev. Clínica de los Hospitales*, junio de 1889.)

Rinoplastia (Técnica de la).—El doctor Czerwinsky ha modificado la práctica de Kœnig contra la «nariz en forma de silla», creyendo que presenta dificultades operatorias serias para desprender una lámina delgada del frontal, y porque da como resultado un lomo de nariz á veces muy ancho y una nariz bastante gruesa y de feo aspecto.

A expensas de las partes blandas de la frente forma un colgajo oval longitudinal que comprende el periostio, y cuyo pedículo está situado como en los métodos antiguos. Una vez desprendido el colgajo, se dobla por la mitad, de tal suerte que el vértice se aplique sobre la base, periostio contra periostio, con la cara cutánea hacia afuera. Este colgajo presenta así la forma de un triángulo equilátero, cuya base superior constituye el pliegue de flexiones y cuyo vértice inferior está al nivel del pedículo. El último acto de la operación, que consiste en avivar la parte cartilaginosa de la nariz y en implantar en ella el colgajo, se reserva para una sesión ulterior, que tendrá lugar cuando las caras periósticas del colgajo, mantenidas aproximadas por medio de suturas, se hayan unido entre sí. Esta operación, en dos sesiones da la posibilidad de vigilar las condiciones de nutricion del colgajo, que se fijará en la pérdida de sustancia en el momento oportuno avivando sus bordes. No hay que temer el que se arrugue el colgajo doblado sobre sí mismo, y el resultado estético es bueno. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1889.)

Sudores nocturnos (Uso del sulfonal en los).—Además de las propiedades hipnóticas atribuídas al sul-

fonal, esta sustancia es capaz, según el doctor Bottrich, de Hagen, Westphalia, de ejercer una influencia muy beneficiosa en los sudores nocturnos. Cree que actúa de un modo muy parecido á la atropina, pero sin ningún efecto desagradable. Observó esta propiedad sin que sobreviniera accidente alguno, habiendo prescrito 25 centigramos á una señora de setenta años. Dicha enferma padecía sudores nocturnos muy profusos que la obligaban á cambiar de ropa dos veces en la misma noche. Después de la primera dosis preguntó al doctor si había puesto algo en los polvos para prevenir los sudores. Después de ulteriores observaciones, el doctor Bottrich pudo convencerse por sí mismo que en general medio gramo de sulfonal basta para curar los sudores nocturnos. Sus efectos, afortunadamente, parecen ser algo permanentes, y aun cuando se suspenda su uso obsérvase que los sudores son menos profusos que antes de tomarle. (*Lancet*, abril 27, pág. 854.)

Sudores nocturnos (Nuevo medicamento para los).—*Acido agárico.*—Hace algunos años se descubrió un agente contra los sudores de las tisis, derivado del bien conocido *agaricus albus*. Fué considerado como un alcaloide y recibió el nombre de agaricina. Hoy, sin embargo, se ha observado que es una sustancia impura, y el profesor Schmiedeberg ha extraído recientemente de ella un ácido triatómico bibásico, al que se ha dado el nombre de ácido agárico. Es un cuerpo blanco, cristalino, apenas soluble en frío, pero mucho en agua hirviendo. Hofmeister ha investigado recientemente sus efectos fisiológicos, y demostrado que actúa sobre los centros en la médula, especialmente en el vago y el vasomotor. No posee acción midriásica; al contrario, la instilación de la sal sódica del ácido produce una ligera contracción de las pupilas, probablemente por irritación mecánica. La influencia de dicha sustancia sobre la secreción del sudor no es central, sino el resultado de una acción sobre las estructuras secretorias. Klempeser la ha ensayado en muchos casos de sudor profuso en las salas del profesor Leyden. La dosis dada fué generalmente de 1 centigramo en una píldora administrada hacia las seis de la tarde. Si no bastaba, podían darse hasta cinco píldoras. En la mayoría de los casos el resultado fué muy satisfactorio, aun en aquellos en que no dió resultado la atropina, no

siguiéndose ningún síntoma desagradable. (*Practitioner*, septiembre, pág. 215.)

Tisis (Inhalación de aire caliente en la).—El doctor George C. Sears (*Boston med. and Surg. Journ.*) refiere 4 casos de tisis en que se ensayaron las inhalaciones de aire caliente. En el primer caso tuvo que suspender el tratamiento al cabo de una semana por la salivación é irritación bucal que se produjo, habiendo perdido el enfermo tres libras de peso. En el segundo caso hubo acentuada mejoría temporal, pero cuando se suspendió el tratamiento la afección progresó y por primera vez hubo hemoptisis. En el tercer caso hubo gran mejoría en el estado general de la enferma, pero sin la correspondiente en los signos físicos; sin embargo, había empezado á mejorar antes de emplearse las inhalaciones, y cinco días después de suspendidas murió por hemoptisis. En el cuarto caso el estado del enfermo no sufrió modificación alguna, excepto el expectorar alguna sangre. Las conclusiones, pues, que se deducen respecto á este plan de tratamiento son decididamente desfavorables. (*Practitioner*, septiembre, página 211.)

Tisis laríngea (Tratamiento de los síntomas dolorosos de la), por el Dr. Luc.—Cuando las lesiones ocasionadas por la tisis predominan al nivel del orificio superior de la laringe, el síntoma dolor se manifiesta agudo á cada movimiento de deglución, sirviendo de obstáculo á la función más indispensable para sostener las fuerzas, la alimentación. Antes del descubrimiento de la cocaína, los preparados de opio representaban el medio más eficaz para oponerse á los sufrimientos del enfermo. En el día, aun cuando se administren pociones opiadas á los pacientes que sufren insomnio, empleamos la morfina como agente local en insuflaciones. Este medicamento, empleado bajo la forma de clorhidrato, se mezcla con algún polvo inerte (azúcar pulverizado), ó á polvos antisépticos ó modificadores en las proporciones siguientes:

Azúcar pulverizado.	10 gramos.
Clorhidrato de morfina en polvo..	1 gramo ó 50 centigramos.

Ó bien:

Iodoformo porfirizado.	10 gramos.
Clorhidrato de morfina en polvo..	1 gramo ó 50 centigramos.

Se introduce en un insuflador encorvado *ad hoc* una pequeña cantidad de una ú otra de estas mezclas y se proyecta en las partes ulcerosas, que el espejo laríngeo permite comprobar.

Esta pequeña operación se practicará antes de la cena, para favorecer á la vez la alimentación y el sueño.

Con la cocaína tenemos un medio más eficaz y seguro para lograr la anestesia local. Por lo tanto, este medicamento encuentra una de sus mejores aplicaciones en el tratamiento de la tisis laríngea, y el clorhidrato de cocaína podrá, como el de morfina, aplicarse en insuflaciones en las proporciones siguientes:

Azúcar pulverizado ó iodoformo..	10 gramos.
Clorhidrato de morfina.....	1 gramo ó 50 centigramos.
Clorhidrato de cocaína.....	1 —

Pero empleado en solución obra más eficazmente si se emplea el agua adicionada de glicerina, con objeto de que la mezcla se adhiera más á los tejidos.

Agua.....	5 gramos.
Glicerina.....	2 —
Clorhidrato de cocaína.....	1 gramo ó 50 centigramos.

Con un pincel ó un porta-algodón encorvados se lociona-rá con esta solución la región epiglótica ó ariteno-epiglótica, con ó sin el auxilio del espejo laringoscópico, para ver los sitios dañados, y se conseguirá al cabo de algunos minutos la anestesia suficiente para permitir al enfermo efectuar su comida sin gran sufrimiento. (*Journ. de Med. de Paris*, 1889.)

Tos ferina (Antipirina en la).— Carl Lowe (*Therap. Monatsh*, 1889) atribuye una acción uniformemente favorable á la antipirina en la tos ferina, y dice que en la mayoría de sus numerosos casos, ocurridos en una epidemia, dicha sustancia obró bien. Refiere, sin embargo, 3 casos en los que los resultados fueron muy desagradables. En el primero, una niña de catorce meses, se produjo una gran excitación inmediatamente después de tomar la primer dosis. Produjéronse continuamente nuevos paroxismos, combinados con vómitos, que hicieron creer á los padres iba á sobrevenir la muerte inmediata. En el segundo caso, una niña de seis meses, se presentó cianosis y colap-

so después de la segunda ó tercer dosis. En otra ocasión el autor administró una dosis de dicha sustancia al enfermo, observando en seguida el mismo efecto. En un tercer caso, una niña de dos años, los ataques aparentemente se recrudecieron con el medicamento, de modo que además del espasmo laríngeo y los vómitos se desarrollaron convulsiones generales muy violentas. El autor cree que los casos primero y tercero indican que la antipirina suele recrudecer en lugar de aliviar la afección. (*American. Journal*, julio, pág. 74.)

Tos ferina (Fenacetina en la).—Heimann (*Munch. Med. Wochenschr.*, 1889), no habiendo obtenido resultado con la antipirina en el tratamiento de la tos ferina, ensayó la fenacetina con excelentes resultados. Dió á un niño de cuatro años cuatro dosis de 0,1 gramo cada una; á una niña de dos años 3 dosis de la misma cantidad, y á un niño de siete meses 4 dosis de 0,5 cada una, no observando en ningún caso malos resultados. El efecto de la dosis de un gramo persistió hasta tres horas. Para probar que los buenos resultados fueron debidos al medicamento, suspendió su administración durante algunos días, volviendo á reproducirse con frecuencia los ataques. (*American Journal*, julio, pág. 74.)

Tuberculosis laríngea (Uso del mentol en la). — El doctor Osendovski ha encontrado el mentol aplicado localmente, lo mismo que tomado interiormente, de gran valor en varios casos de tuberculosis en que estaba afectada la región interaritenoidea, así como en aquellos en que las cuerdas vocales estaban ulceradas. Soluciones del 10 al 30 por 100 fueron aplicadas por medio de un cepillo de Hering, y en dos casos se ordenaron inhalaciones de mentol y magnesia. Excepto en un caso en que había pericondritis, este tratamiento fué seguido de disminución del dolor é inflamación y más limpieza en el aspecto de las úlceras, pero no la cicatrización inmediata. Cuando hay también tuberculosis pulmonar, el doctor Osendovski cree que es más ventajoso combinar la medicación interna con las aplicaciones locales de mentol, las cuales deben repetirse durante algunas semanas. La mejor concentración para empezar con las aplicaciones locales es 10 por 100, aumentándose gradualmente hasta el 30 por 100; pero si

se pasa de esto, suelen generalmente causar mucha irritación. (*Lancet*, julio 6, pág. 31.)

Tuberculosis pulmonar (Guayacol y creosota en la).— Bourget (*Correspondenz-Blatt Schweitz Aerzte*, mayo 15 de 1889) dice que, de todos los remedios recomendados para el tratamiento de la tisis, la creosota de haya es el único que conserva su crédito, aunque algunos médicos pesimistas le consideran todavía inútil. Es evidente que no se obtiene gran beneficio cuando sólo se dan dos ó tres gotas de creosota al día, sino cuando se administran mayores cantidades. Es necesario hacer que el enfermo tome la mayor dosis posible, sin tener en cuenta lo que la Farmacopea dice respecto á esto, y sólo teniendo cuidado de que el aparato digestivo no se altere. Durante tres años ha usado con resultados muy satisfactorios un método de tratamiento interno y externo que llama «método intensivo», y que consiste en saturar el organismo con creosota sin alterar sus funciones. Para el tratamiento interno prefiere el guayacol disuelto en vino ó en aceite de hígado de bacalao en invierno. (Guayacol, 4 gramos; tintura de quina, 6 gramos; vino de Málaga, 40 onzas.) El vino se da en cucharadas, cada una de las cuales contiene 5 centigramos de guayacol. Poco á poco se aumenta á dos ó tres cucharadas, hasta que muchos pacientes puedan tomar diariamente un gramo de guayacol. En casos en que no gusta el vino, ó no lo tolera el estómago, el autor administra el medicamento en crema en forma de una emulsión. Para el invierno, el doctor Bourget prescribe: Guayacol, 2 gramos; aceite de jecoris, 6 onzas. Mézclese y dése una cucharada en cada comida. Las dos formas de administración pueden algunas veces alterarse con ventaja, dando el medicamento por la boca durante veinticinco días, y después por el recto igual número de días. Al mismo tiempo el autor emplea externamente una mixtura de 20 partes de creosota y 200 partes de aceite de hígado de bacalao, la que se unta por el pecho, espalda y axilas. Por la noche, y si es posible durante el día también, se debe dar una pulverización con algunas gotas de creosota. Gradualmente el enfermo es de este modo saturado con creosota, lo suficiente para impedir la evolución de los bacilos. Para obtener buen resultado debe continuarse el tratamiento durante tres ó cuatro meses.

(*American Journal and Lancet*, septiembre, páginas 291 y 555.)

Tuberculosis y otras afecciones de las vías respiratorias (Del fluoruro de boro en la).—Una vez seguro de la necesidad de las inhalaciones de fluoruro de boro, y habiendo observado la curación de un gallo afectado de conjuntivitis infecciosa después de haberle hecho respirar durante un día entero en una atmósfera de fluoruro de boro en estado gaseoso, el doctor A. Alberto, de Río Janeiro, ha ensayado este medicamento en los hombres.

De 4 coqueluches, 3 curaron después de un tratamiento de cuatro días y de 4 á 5 inhalaciones lo más de una á dos horas de duración todos los días.

En un caso de asma bronquial sobrevino un alivio notable después de una inhalación de dos horas.

En un caso de tuberculosis con fiebre y repetidas hemoptisis, se observó un alivio notable y rápido después de inhalaciones de tres horas de duración dos veces al día, disminución progresiva de la tos y de los esputos, desaparición de la hemoptisis desde la primera inhalación; las reglas, que antes eran irregulares, se normalizaron por completo. (*Noueaux Remèdes*, 8 abril de 1889.)

AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO

Absceso peritiflítico (Tratamiento del). — El doctor Robert F. Weir, cirujano del Hospital de Nueva York, añade las conclusiones siguientes á una interesante y excelente tesis sobre «El tratamiento del llamado absceso peritiflítico»: 1.ª, que todos estos abscesos tienen su origen en la cavidad peritoneal, y adquieren un tamaño apreciable antes de invadir los tejidos extraperitoneales ó vísceras; 2.ª, que como las acumulaciones estercoráceas ó perforaciones son tan rara vez causa del tumor ó absceso peritiflítico, no deben considerarse bajo un punto de vista clínico en un caso dado; 3.ª, que en un ataque de peritiflitis que dé lugar, como suele generalmente hacerlo, á una perforación ó á un estado gangrenoso del apéndice vermiforme, debe al principio prohibirse en absoluto el uso de purgantes y enemas é insistirse en inmovilizar al enfermo,

para lo cual, si fuese necesario, se administrarán los anodinos; 4.ª, que si se descubre un tumor debe abrirse por medio de una incisión lateral tan pronto como los síntomas, así locales como constitucionales, indiquen la formación de pus; 5.ª, que si los síntomas que indican un aumento en la peritonitis local, como los vómitos persistentes, dolor, resistencia abdominal y elevación de temperatura continúan, con ó sin la formación de tumor, por un período de cuarenta y ocho horas, el peligro de la afección es mayor, debiéndose recurrir inmediatamente á la laparotomía lateral ó media; 6.ª, si se sospecha la existencia de una peritonitis general, puede con frecuencia comprobarse haciendo la aspiración abdominal con una aguja fina en sitios que no sea la fosa ilíaca derecha, y particularmente por una punción hipogástrica profunda en la pelvis, vaciando antes la vejiga; sin embargo, si queda duda, es mejor operar; 7.ª (*sub judice*), que si al hacer una laparotomía lateral ó media se encuentra una peritonitis supurante, debe evitarse mover demasiado los intestinos y confiar en la irrigación temporal con grandes tubos de cristal (de Cait), ó más racionalmente en la irrigación permanente ó repetida y distensión líquida de la cavidad abdominal, según recomienda Greig, Smith y Peurose; 8.ª (*sub judice*), que para combatir los síntomas de obstrucción debidos á parálisis séptica de los intestinos, que suelen persistir después de una laparotomía por peritonitis supurante, debe recurrirse á los purgantes salinos y lavado repetido del estómago, aun cuando existan muchos vómitos.

También puede, en casos excepcionales, hacerse la enterotomía. (*Medical News*, abril 27, pág. 456.)

Almidón en enemas y supositorios.—El doctor Joseph Ince, en el *Diario Farmacéutico* de junio, toca varios puntos de interés práctico sobre el almidón como ingrediente de algunos enemas y supositorios de la Farmacopea. Primero, nos recuerda que podemos disponer de tres variedades de almidón: el que se obtiene del grano del trigo común, del maíz y el almidón de arroz. No debe recomendarse el último de éstos en forma de mucílago para enemas porque resulta pobre. Puede usarse el almidón de trigo ó el de maíz, prefiriéndose el primero porque se puede procurar más rápidamente, pero ambos son excelentes agentes

de suspensión. Segundo, el enema de sulfato de magnesia presenta una dificultad farmacéutica. Según los formularios oficiales, tenemos que disolver el sulfato de magnesia en mucílago de almidón, añadir aceite de oliva y mezclarlo. El resultado no es bueno, porque todo aceite añadido á una solución de una sal cualquiera se separará. El método que hay que seguir es simple, y consiste en reservar la mitad de la cantidad de agua y disolver en ella el sulfato de magnesia con la otra mitad y hacer un mucílago de almidón, al que se incorpora el aceite. Por último, añadimos gradualmente la solución diluída de la sal de magnesia. Dos cosas se consiguen así: un compuesto medicinal perfecto y una excelente emulsión. (*Edinburgh Med. Journal*, julio, pág. 61.)

Cáncer del recto (Discusión sobre el tratamiento del).—En la discusión sobre este punto, habida en la Sección de Cirugía de la British Medical Association en 1889, el doctor J. Marsh, cirujano del Hospital de la Reina, Birmingham, recomendaba una colotomía ó colectomía preliminar en todos los casos en que estuviera indicada la proctectomía; y en comprobación de este aserto presentó un enfermo en el que había hecho la colotomía según el método de Madelung, como preliminar á la completa extirpación de las últimas porciones del recto. Dicho enfermo, hombre de veintinueve años, fué admitido en el Hospital de la Reina el 20 de febrero de 1889. Siete meses antes, en Chicago, había sido diagnosticado de cáncer del recto, pero antes de esto fué tratado como hemorroides. Cuando ingresó, descubrióse con el examen digital un gran carcinoma que interesaba las tres últimas pulgadas del recto posteriormente. La punta del dedo medio apenas pudo llegar á tocar el intestino sano, y el tumor podía moverse algo sobre las partes circunvecinas. Como dicho enfermo se entregó á él por completo, el doctor Marsh decidió practicar como preliminar la operación de Madelung, la cual se hizo el 1.° de marzo, publicándose en el *Journal* del 20 de abril de 1889, pág. 893. A los diez días pudo levantarse el enfermo, y el 21 de marzo se practicó la proctectomía, haciéndose una incisión oval y profunda al rededor del ano; el recto fué rápidamente separado con tijeras, quedando una gran cavidad limitada por

delante con la próstata y vejiga, por detrás con el sacro y superiormente con el peritoneo, que no fué abierto. La hemorragia fué perfectamente cohibida, no habiendo necesidad de hacer ligadura alguna. Una semana después estaba dicha cavidad cubierta de granulaciones sanas; después se contrajo rápidamente, sin ocurrir complicaciones, y el 30 de mayo no quedaba más que un pequeño seno. En este momento el enfermo está perfectamente bien, pudiendo regir normalmente sus intestinos. El ano artificial no le causa molestia alguna, habiendo ganado 20 libras de peso. (*British Medical Journal*, octubre 12, pág. 803.)

Cáncer del recto (Discusión sobre el tratamiento del).—El doctor Mitchell Banks, cirujano de la Real Enfermería de Liverpóol, dice: Respecto á las ventajas relativas de la colotomía inguinal y lumbar no puedo dar mi opinión, porque sólo he practicado la última. Se exageran demasiado las ventajas de la región inguinal sobre la lumbar como sitio para hacer el ano artificial, y yo creo son más bien imaginarias, pudiendo el enfermo evacuar con la misma facilidad por ambos orificios. Todos los inconvenientes del ano artificial existen lo mismo en cualquier sitio que se haga. La gran cuestión estriba en la dificultad de practicar ambas operaciones. En algunos casos me ha costado gran trabajo encontrar el colon, y en uno, debido á la posición anormal del intestino, me fué imposible hallarlo. Es siempre conveniente y prestará gran ayuda el llenar los intestinos de aire con una jeringa ordinaria de Higginson. La última pequeña distensión del colon sirve para indicar su posición con certeza. Un gran adelanto sobre el método ordinario de abrir sólo el colon lateralmente y coser el orificio lateral de la herida consiste en incindir el intestino á través, fijar su extremo superior y el inferior; después de sujetado con catgut, se deja simplemente en posición. Con el procedimiento antiguo, las heces fecales descienden por debajo del orificio, irritando así el tumor, mientras que con éste se evacuan todas. La primera vez que practiqué esta operación fué hace quince meses; el enfermo vive aún, y es imposible imaginarse un ano mejor sin nada de prolapso. También la he hecho dos veces recientemente, pero es demasiado pronto

para sentar deducciones. No puedo, sin embargo, menos de creer que la división completa del intestino como preliminar á la proctectomía subsiguiente es un medio racional, habiendo visto con gran satisfacción el caso presentado por el doctor Marsch. Por último, me permito protestar contra el demasiado abuso de la colotomía, pues aunque admito que en algunos casos prolonga la vida y alivia los sufrimientos, en otros sin embargo, al contrario, acorta aquélla y la hace más intolerable. A no ser en circunstancias especiales, creo sea inhumano para un enfermo el prolongar por poco tiempo su agonía. *(British Medical Journal*, octubre 12, pág. 803.)

Cáncer del recto (Discusión sobre el tratamiento del).—El doctor Mc. Gill pensó que sería muy conveniente prevenir el paso de la materia fecal por debajo del ano artificial. Con esta idea sustituyó en tres casos la colectomía por la colotomía en la región lumbar. En el primer caso se hizo por prolapso de la membrana mucosa varios meses después de la primera operación. Extirpáronse cuatro pulgadas de colon; la extremidad superior de la porción inferior del intestino fué cerrada por suturas y la inferior de la porción superior unida á la piel, siendo el resultado en cada caso perfectamente satisfactorio. En otros dos casos, en que se hizo esta operación primitivamente, el resultado fué fatal, siendo en ambos igual la causa. La materia fecal situada en el intestino, entre la herida hecha para la colotomía y la afección del recto, no pudiendo salir, provocó un estado semigangrenoso del extremo superior del intestino; se produjo una extravasación fecal y consecutivamente una peritonitis general. El doctor Mc. Gill opina que no conviene repetir una operación de éstas, á menos que se haya dejado abierta la extremidad superior de la porción inferior del intestino. *(British Medical Journal*, octubre 12, pág. 808.)

Cáncer del recto.—*Tratamiento medicinal.*—Mucho puede hacerse medicinalmente para aliviar el gran sufrimiento y la ansiedad que acompaña especialmente los últimos períodos de la afección. El simple lavado dos ó tres veces al día con agua caliente y la introducción en el intestino vacío de un supositor que contenga cocaína, belladona, morfina y iodoformo, ha dado en mis manos re-

sultados excelentes. Además hállanse indicados los laxantes, especialmente en aquellos casos en que están interesadas las porciones superiores mientras que la anal está libre; mientras que he encontrado útiles los astringentes y todo cuanto haga solidificar las evacuaciones en aquellos casos en que el ano está interesado, los esfínteres no actúan y las heces fecales liquidadas son continuamente expelidas, produciendo gran molestia al enfermo. (Doctor T. R. Jessop, *British Medical Journal*, agosto 24, pág. 407.)

Disentería en los niños (Tratamiento de la), por el doctor Jacoby.—Todo tratamiento debe empezar por la administración de aceite de ricino ó de calomelanos. Una gran sensibilidad de la región hipogástrica izquierda, acompañada de calor local, necesita la aplicación del hielo; pero no siempre es bien soportada, y en este caso dan mejor resultado las aplicaciones frías. El subnitrato y el subcarbonato de bismuto obran, no solamente recubriendo la mucosa y protegiéndola, sino también como antifermentescibles. Rara vez falla el bismuto cuando se da á dosis suficientes. Por lo demás, se le puede asociar al tanino ó al opio. Cuando las deposiciones son ácidas, se prescribe el carbonato de cal.

El opio y sus alcaloides no tiene ningún valor en el tratamiento de las ulceraciones intestinales. La disentería requiere dosis de opio más elevadas que la diarrea, y es, no obstante, mejor soportado. Se administra el opio al interior ó en enema; pero obra tanto mejor cuanto más intenso es el fenómeno, mayor la hiperemia y más extensa la ulceración.

Los astringentes, es decir, el tanino, ácido gálico y nitrato de plata son muy útiles; se toleran y obran mejor en forma de píldoras.

Las propiedades antisépticas de la naftalina la hacen útil en este caso.

El tratamiento local de la disentería crónica reclama el uso de enemas que vacien el intestino y calmen su irritabilidad. Se emplea el agua común; pero cuando la secreción mucosa es considerable, se debe emplear una solución de bicarbonato de sosa al 2 por 100. Es necesario repetir la inyección varias veces al día y aun después de cada deposición.

En ocasiones prueba bien el mucílago de goma arábiga.

Se puede prescribir el alumbre y el tanino en solución al 1 por 100.

Las inyecciones de nitrato de plata al 2 por 100 están indicadas en los casos crónicos, después de haber vaciado el intestino con un enema simple tibio. Una vez hecha la inyección, se practica otra segunda con una solución de sal marina. Es necesario poco líquido cuando la ulceración tiene su asiento en la parte inferior del intestino grueso; pero si es extensa, el enema debe ser copioso.

En los casos en que los demás medios no han dado resultado se deben emplear las inyecciones de subnitrato de bismuto (1 por 6 á 10 de agua), 60 gramos dos ó tres veces al día.

Los supositorios hechos con uno de estos medicamentos han de ser bastante blandos para que se absorban fácilmente y contener un poco de opio.

Las aplicaciones locales de cocaína quitan el dolor; pero como es rápidamente absorbida, es necesario usarla con muchas precauciones para evitar sus efectos tóxicos. (*Archiv of Pediatrics.*, 1889.)

Estrechez del píloro (Diagnóstico de la), por el doctor Angerer.—Hay que resolver ante todo si el tumor que se nota está ó no unido al estómago, y á este fin hay que hinchar artificialmente el estómago, introduciendo bicarbonato de sosa y ácido tártrico, ó se llena de aire el estómago por medio de una bomba, y de este modo se reconocen muy fácilmente los contornos del estómago hinchado y es fácil determinar el sitio y las relaciones del tumor con el estómago.

Después se debe examinar si el tumor es movible ó se adhiere á los órganos próximos. Por la palpación no se determina de una manera exacta, y hay que recurrir á la distensión artificial, que nos da los datos más seguros; pero se tendrá cuidado de marcar con un lápiz de color los contornos del tumor antes y durante la distensión, y recordar que normalmente el píloro estrechado se disloca siempre hacia abajo y á la derecha durante la distensión del estómago.

Las adherencias del tumor con la pared anterior del estómago se diagnostican fácilmente. Las adherencias con

el diafragma y el hígado se reconocen en que el tumor se mueve al moverse dichos órganos, contraindicando la operación; lo más difícil es reconocer si está adherido con el páncreas, y en experimentos en el cadáver se ha visto que en tales condiciones el píloro apenas se disloca, pero se observa una inflexión particular del estómago á la izquierda del píloro. Se deduce, pues, que cuando después de distendido el estómago se ve que el tumor se borra ó desaparece, esto indica que está situado en la pared posterior; si el estómago está inmóvil se podrá admitir que está adherido al páncreas, que se encuentra detrás de él. En estos casos hay que renunciar á la resección, pero haciendo la gastroenteroctomía se alivian mucho los enfermos. (Congreso 18.° de Cirugía alemana, 1889.)

Estrecheces del esófago (Del uso de la laminaria en las).—El doctor Senator indica una nueva aplicación de la *laminaria digitata*, que tantos servicios presta para la dilatación de los trayectos fistulosos y del cuello del útero. Para dilatar las estrecheces del esófago se sirve de sondas provistas de un tallo de laminaria; las deja colocadas por algún tiempo en el sitio de la estrechez, que dilatan al hincharse. Estos tallos de laminaria se colocan en la extremidad de una sonda esofágica ordinaria, y están atravesados en toda su longitud por un hilo de seda que sale por la boca. Para introducirla es necesario cuidar de no untar la sonda con ningún cuerpo graso, sino simplemente en agua. Al cabo de media hora la hinchazón de la laminaria es bastante pronunciada y debe retirarse la sonda. Al día siguiente se repite la operación, que se interrumpirá de cuando en cuando para no irritar la mucosa. El doctor Senator solamente ha empleado hasta ahora este procedimiento en estrecheces cancerosas, pero piensa que dará todavía mejores resultados en las estrecheces cicatriciales. (*Soc. de Med. de Berlin*, 1889.)

Hemorroides; tratamiento por la crisarobina.—El doctor Kosobudski, escribiendo en el *Russkaya Meditsina* sobre el método de Unna para curar las hemorroides con la crisarobina, dice que lo ha empleado (ó una modificación de él) en 21 casos con un resultado en general muy satisfactorio. No emplea, sin embargo, preparaciones tan concentradas como las de Unna. Su método con-

siste en lavar la hemorroide con una débil loción de creolina ó ácido fénico, y después de secarla bien con algodón aplica tres ó cuatro veces al día un ungüento hecho con: crisarobina, 8 partes; iodoformo, 3 partes; extracto de belladona, 6 partes, y vaselina, 150 partes. En las internas empléanse supositorios compuestos de: crisarobina, 5 centigramos; iodoformo, 1 centigramo; extracto de belladona, $^1/_2$ centigramo; manteca de cacao, 1,50 gramos. Si hay mucha hemorragia puede usarse un supositorio de tanino. Después de tres ó cuatro días de este tratamiento desaparecen el dolor y la hemorragia, y al cabo de tres meses próximamente han desaparecido las hemorroides. (*Lancet*, octubre 19, pág. 811.)

Hemorroides (Tratamiento de las), por el doctor Potain.—Es necesario ante todo prevenir la fluxión, combatir la congestión y las hemorragias. El régimen es esencial, es decir, una vida activa; evitar el estreñimiento, no con los drásticos, que producen efecto contrario al deseado, por aumentar el estado fluxionario del intestino y de los vasos hemorroidales, sino con los laxantes. Los mejores son el aceite de ricino, la flor de azufre sola ó asociada al crémor tártaro y la magnesia á la dosis de 50 centigramos todos los días, á fin de producir una deposición regular.

Cuando la congestión existe y es intensa, es necesario prescribir el reposo horizontal y al interior los astringentes; después las irrigaciones, las duchas ascendentes frías.

También se han recomendado enemas á 40 grados repetidos varias veces al día y que producen en general un alivio notable y duradero.

Por último, si estos medios no producen resultado se recurrirá á la dilatación del esfínter, hecha con los dedos ó con espéculo. (*Gazette des Hôpitaux*, 1889.)

Hernia (Operación radical de la) por el procedimiento del doctor Barker.—Se fija el muñón del saco herniario al nivel del orificio interno del canal inguinal. Este procedimiento presenta, según su autor, las ventajas siguientes: cerrando el orificio interno se intercepta el paso del contenido abdominal en el canal inguinal; además se garantiza, la no estrangulación de una hernia recidivada. El procedimiento es sencillo y presenta una gran facilidad de ejecución, habiéndose empleado en 11

herniotomías con resultados sumamente satisfactorios. (*Congr. Ruse de Chir. Rev. de Chir.*, abril de 1889).

Ictericia (Pilocarpina como específico en la). —En el *Nowiny Lekarskie* de mayo de 1889, el doctor W. Wilkowski dice que el hidroclorato de pilocarpina es un remedio específico para la ictericia hepatógena simple, excepto en casos de neoformaciones malignas ó benignas del hígado. Usa dicha sustancia hipodérmicamente en forma de solución al 2 por 100, de la cual inyecta una jeringuilla de Pravaz una vez al día en las personas delicadas y dos en las más robustas. Al cuarto ó quinto día de tratamiento se eleva la dosis á jeringa y media. Todos los síntomas subjetivos (picor intolerable de la piel, dolor hepático y gástrico, etc.) son muy aliviados, á veces en seguida, después de la primera inyección. El catarro del estómago, duodeno y conductos biliares, y la ictericia, desaparecen en una ó tres semanas. Los más notables resultados obsérvanse en casos de ictericia catarral inveterada de varios meses de duración, en los cuales ninguno de los medios ordinarios alivian el picor, los cólicos hepáticos y los espasmos gástricos.

Por otra parte, en casos de éstos en que el tratamiento con la pilocarpina no produce ninguna mejoría á los diez ó catorce días de usado, el práctico puede estar casi seguro que no se trata de una ictericia simple, sino de una afección maligna del hígado, como lo demostrará el desarrollo subsiguiente de los síntomas. De modo que la pilocarpina puede, convenientemente usada, servir como un medio de diagnóstico diferencial. Puede emplearse dicho medicamento aun en aquellos casos en que haya lesión cardíaca. Las conclusiones del doctor Wilkowski están basadas en cerca de treinta casos de ictericia tratados satisfactoriamente con este remedio en los tres años últimos.

El primer caso lo refiere en detalle. Trátase de una mujer de cuarenta y un años que padecía nefritis grave complicada con infarto hepático, cálculos, ascitis, edema de las extremidades inferiores é ictericia recurrente de cuatro años de existencia. Anteriormente había tomado, con mejor ó peor resultado, las aguas de Carlsbad, compresas de Priessnitz, etc., etc. Se le dió un centigramo de pilocarpina una vez al día, obteniéndose unos resultados maravillosos,

pues á las tres semanas estaba buena, siguiendo perfectamente desde entonces hasta hoy, que han transcurrido ya tres años. *(Provincial Méd. Journal,* julio 5.)

Irritabilidad estomacal y vómitos. — *Agua de cal y leche.*—El agua de cal es usada como un antiácido en una importante y grave clase de casos. Es práctica general, según sabéis, cuando el estómago no puede tolerar los alimentos, administrar leche con agua de cal, obteniéndose con frecuencia muy buen resultado. Pero en muchos casos no se dominan los síntomas y la leche es vomitada en grandes cuajarones, lo cual es únicamente debido á la poca propiedad antiácida del agua de cal. El poder saturador del agua de cal es realmente muy pequeño. La cal viva sólo se disuelve en agua en la proporción de 2 centigramos por 30 gramos (y esto sólo equivale en poder saturador á 5 centigramos de greda y á 7 centigramos de bicarbonato sódico). Para llegar, pues, á una dosis antiácida eficaz deben darse grandes cantidades de agua de cal, cantidades que son prácticamente imposibles; 180 gramos de agua de cal equivalen á una sola dosis antiácida ordinaria de cal ó bicarbonato sódico. He observado repetidas veces en casos alimentados con agua de cal y leche que el mal resultado era simplemente debido á la debilidad de la proporción antiácida, y que cuando se sustituía el agua de cal por una solución de 25 á 50 centigramos por 30 gramos de bicarbonato sódico obteníase en seguida un efecto admirable, suspendiéndose los vómitos. (Sir William Roberts, pág. 209.)

Lavado estomacal en los niños.—A. Seibert *(Archivo of Rediat,* abril de 1889) dice que, si bien el tratamiento de las alteraciones gastro-intestinales en los niños por el lavado fué recomendado por Ebstein hace algunos años, pocos médicos lo han empleado, aunque ha ido seguido de resultados muy favorables. Las indicaciones para este tratamiento son las siguientes: 1.ª En la dispepsia de los niños, caracterizada por regurgitación de los alimentos después de las comidas, con poca ó ninguna pérdida en el peso del cuerpo. Cuando este estado no es remediado con la regularización en la alimentación, el estómago irá desarrollándose cada vez más débilmente, y por último los niños se criarán raquíticos y extenuados. Un simple lava-

do del estómago detiene á veces los vómitos y cura al enfermo. El autor ha tratado así doce niños. Uno de ellos no tenía más que siete semanas, necesitándose sólo dos lavados, con lo cual, y sin más medicación, entró en la convalecencia. 2.ª En el catarro gastro-intestinal agudo, ó cólera infantil, el lavado del estómago en seguida que empiezan los vómitos suele salvar la vida del niño. Ha tratado así veintinueve casos, con sólo cuatro muertes, ocurridas en niños en quienes se empezó el tratamiento demasiado tarde. No hubo evidencia de que el tratamiento debilitara al enfermo, sino al contrario, que ejercía una influencia estimulante. A los pocos minutos después del lavado todos los niños, sin excepción, durmieron tranquilamente durante algunas horas. En veinticinco de los casos cesaron los vómitos inmediata y permanentemente después del lavado, aun dando á tomar leche tres horas después. La acción y valor del lavado es debido á que produce la dilución mecánica de los venenos en el estómago del niño y su rápida expulsión del cuerpo. 3.ª En casos de catarro crónico del conducto alimenticio, el lavado da mejor resultado que cualquiera otro tratamiento, no siendo necesario repetirlo más que dos ó tres veces con un intervalo de cuarenta y ocho horas, pero también puede hacerse tres veces al día la irrigación del intestino grande. El autor ha tratado así cincuenta y dos casos de gastro-enteritis crónica, curándose todos. En todos se usaron muy pocos medicamentos y sólo sintomáticamente. Respecto al método empleado, el autor usa sólo agua caliente hervida, antes si es posible. Pasa una sonda dentro del estómago del modo ordinario, la cual es luego unida á un tubo que comunica con un receptáculo lo suficientemente elevado para que dé la presión requerida; después de llenarse el estómago se cierra la llave, se separa el tubo y se hace salir el contenido. Esta operación debe repetirse hasta que el agua que salga esté clara. (*American Journal of Medical Science*, julio, pág. 81.)

Muguet (La sacarina contra el), por el doctor Mr. Fournier.—Siendo un antiséptico la sacarina, el autor ha tratado 10 casos de muguet consecutivos al sarampión con embadurnamientos con la solución de:

Sacarina.	1 gramo.
Alcohol á 40°..	50 —

de la que se pone una cucharada de las de café en medio vaso de agua, haciéndose cinco toques al día.

Ocho veces las placas lechosas desaparecieron en veinticuatro ó treinta horas. Dos veces tan solo resistieron tres días, pero en estos casos sospecha el autor no se hicieran bien los toques.

Recomienda no se emplee una solución más concentrada, y cita el caso de un farmacéutico que preparando la solución madre introdujo un dedo en ella y se le llevó varias veces á la boca. Al día siguiente experimentó una sensación de ardor en toda la cavidad bucal, y al otro día se presentó una erupción aftosa muy intensa que duró cinco días y desapareció sin dejar señal alguna. (*Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.*, 1889.)

Peritonitis tuberculosa (Laparotomía para la).—En el Congreso Quirúrgico de Bolonia, el profesor Ceccherelli leyó una tesis sobre esto. Describe cuatro casos en los que practicó la laparotomía, lavando después la cavidad peritoneal con una solución de timol y espolvoreándola con iodoformo. En el primero, una mujer de veintiocho años que después de criar su quinto hijo empezó á tener menos apetito y á abultarse el abdomen, estaba la superficie del peritoneo rubicunda, edematosa y sembrada de tubérculos, mientras que la cavidad contenía una gran cantidad de líquido. A los seis meses después de la operación se encontraba perfectamente. El segundo caso fué un niño de once años, en el que el único síntoma era una ascitis que aumentaba lentamente. El peritoneo estaba cubierto de tubérculos. La operación hizo desaparecer la ascitis, pero un mes después se formó una nueva colección que requirió una segunda laparotomía, con algún beneficio respecto á la ascitis, habiendo, sin embargo, signos de consolidación en un vértice pulmonar. En el tercer caso, un niño de trece años, encontráronse numerosas y fuertes adherencias infiltradas con tubérculos, y al mes de abandonar el hospital, algo mejorado, aumentó de volumen su vientre, percibiéndose macidez, dureza y resistencia á la palpación en la región ilíaca. El cuarto caso fué el de una niña de ocho años que llevaba sólo un mes de enferma, y en la que se observó macidez y estertores ásperos en el vértice pulmonar derecho. En el peritoneo se encontraron

gruesas adherencias infiltradas con tubérculos. Los experimentos de cultivo dieron resultados negativos en este caso, así como en el tercero, pero en todos el microbio específico fué visto con el microscopio. El profesor Ceccherelli considera el segundo caso en particular muy importante, pues el estado del peritoneo en la segunda operación demostraba el modo cómo tuvo lugar la curación. Mientras que las porciones de peritoneo extirpadas en la primera operación estaban sembradas lo mismo superficial que profundamente de gran número de tubérculos, las que se separaron en la segunda laparotomía en algunos sitios no había ninguno y en otros estaban aquéllos rodeados por una cubierta de tejido conectivo de reciente formación. Hasta hoy la sección abdominal en la peritonitis tuberculosa ha sido practicada por varios operadores en 88 casos, con 52 curaciones, 25 muertes, 6 mejorías y 5 de resultado desconocido. En conejos inoculados con glándulas mesentéricas de personas muertas de peritonitis tuberculosa se desarrolla una peritonitis purulenta, mientras que la introducción de porciones de peritoneo extirpadas en la laparotomía produjeron la muerte de algunos. El profesor Ceccherelli ha hecho una serie de estos experimentos, y en todos los conejos en quienes consiguió producir la peritonitis tuberculosa practicó la laparotomía, no publicando el resultado hasta que se completen las series. Su práctica actual le permite sentar las conclusiones siguientes: Existen dos formas de peritonitis tuberculosa, la seca y la ascítica. En la primera la laparotomía es inútil, porque debido á las adherencias, las cuales no es conveniente desprender, no puede explorarse la cavidad peritoneal. En la forma ascítica la laparotomía sí es útil, pues además de vaciar la cavidad, provoca una peritonitis adhesiva con transformación fibrosa de los tubérculos. (*British Medical Journal*, mayo 4, pág. 1016.)

Polvos laxantes (Fórmula para unos).—El doctor Dujardin-Beaumetz (*L'Abeille Médicale*) recomienda lo siguiente como purgante útil y agradable. R. Hojas de sen pulverizadas (tratadas con alcohol), sublimado de azufre, aa. 2,50 gramos; hinojo pulverizado, anís pulverizado, aa. 2,50 gramos; crémor tártaro pulverizado, 1,50 gramos; polvos de regaliz, 6 gramos; azúcar en polvo, 20 gramos.

Dosis: una cucharadita de estos polvos en media copita de agua por la noche. (*Medical News*, mayo 25, pág. 576.)

Proctectomía en el cáncer del recto.—Creo que en esta afección la proctectomía es una operación de aplicación limitada. Cuando el tumor puede alcanzarse con los dedos y está limitada á las porciones posterior ó lateral del recto, ó si situado anteriormente no ha invadido los tejidos por fuera de la pared muscular del intestino, y cuando también el esfínter externo puede conservar su actividad funcional, no dudo en recomendar su adopción; pero en otros casos en que la afección tiene origen más allá del alcance del dedo, ó habiendo empezado en la parte inferior se extiende hasta un nivel más alto, debemos recurrir á otras medidas menos radicales que aun constituyen nuestro único recurso. (Doctor T. R. Jessop, pág. 284.)

Resección del recto, por el doctor Levy. — La resección del recto para la ablación de los tumores de dicho intestino se ha hecho muy fácil por los métodos de Kocher y Kraske. No obstante, estos cirujanos sacrifican el coxis, y el suelo de la pelvis pierde por las secciones practicadas una parte esencial de su sostén; de aquí frecuentemente la incontinencia de las materias y el prolapso de la mucosa. En vista de estos inconvenientes, ha propuesto Heinecke resecar temporalmente el coxis y el extremo inferior del sacro; pero su procedimiento es complicado y su incisión comprende también el suelo de la pelvis, y es necesario practicar en seguida una operación secundaria para restablecer el ano.

Levy ha tratado de respetar las partes blandas que constituyen el suelo de la pelvis, evitando hacer pasar las incisiones á su territorio, aconsejando el procedimiento siguiente, que ha estudiado en cadáveres:

A dos traveses de dedo por encima del cuerno coxíjeo se hace una incisión horizontal de 8 á 10 centímetros sobre el sacro, penetrando desde luego hasta el hueso; desde cada extremidad de esta incisión se traza hacia abajo otra vertical de 8 centímetros á través de la piel y todo el espesor del glúteo mayor. Con un gancho obtuso colocado en una de estas incisiones verticales se tira fuertemente hacia afuera, y se pone al descubierto el borde lateral del gran ligamento sacro-ciático, desprendiendo con un instrumen-

to obtuso los manojos del glúteo mayor; después se dividen los ligamentos sacro-ciáticos hasta el borde óseo, en la dirección de la incisión horizontal, haciendo lo mismo en el otro lado. En seguida, por medio de un elevador, se separa el tejido celular de la cara anterior del sacro, y se secciona éste con una tijera para huesos un poco ancha introducida entre el elevador y el sacro. Por medio de un gancho se desvía hacia abajo el colgajo cutáneo en conexión con el fragmento óseo, poniendo así al descubierto el recto desde 2 centímetros por encima del ano hasta la S ilíaca. En esta situación nada tan sencillo como resecar este intestino. Puede haber necesidad, según Kraske, por el volumen del tumor, de seccionar á la izquierda del sacro, operación que podrá hacerse sin quitar solidez á la pelvis.

Una vez resecado y suturado el intestino, se coloca el colgajo en su situación normal; se practica una sutura ósea para reunir los dos segmentos del sacro y se cierra la herida cutánea horizontal. En cuanto á las incisiones verticales, se las tapona con iodoformo, ó bien se las sutura menos por abajo, por donde se introducen tubos de desagüe al rededor del recto. (*Centralblatt fur Chirurgie*, 1889, número 23.)

Tabletas digestivas. — *Fórmulas antifermentescibles.*—*L'Abeille Médicale* del 27 de abril de 1889 publica las dos fórmulas *antifermentescibles* siguientes, prescritas por Dujardin-Beaumetz: 1.ª R. Salicilato de bismuto, magnesia, bicarbonato de sosa, aa. 7,50 gramos. Háganse 30 papeles ó tabletas. 2.ª R. Salicilato de bismuto, naftol, magnesia, aa. 7,50 gramos. Háganse 30 papeles ó tabletas. Dosis: un papel ó tableta al almuerzo y otro á la comida. Son especialmente útiles en la dilatación del estómago producida por la fermentación. (*Medical News*, mayo 25, pág. 576.)

AFECCIONES DE LOS APARATOS URINARIO Y GENERADOR

Diabetes. — *Nuevo pan para diabéticos.* — El doctor G. Pouchet, profesor del Hospital de San Antonio, describe, en la sección científica del *Siècle*, un nuevo alimento para los diabéticos que contiene una gran canti-

dad de sustancias nitrogenadas y nada de almidón. Todo pan de gluten contiene cierta proporción de almidón. El nuevo de que hablamos ahora se hace con el grano en embrión. Mr. Dawys, su inventor, ha conseguido aislar el embrión de su endospermo farináceo, así como también separar de dicho embrión todo aceite ó cualquiera otra sustancia que se crea pueda alterarlo. El pan hecho con estos granos embrionarios es fácilmente digerido y agradable al paladar. En muchos de los hospitales de París se usa hoy este pan para los diabéticos. (*British Medical Journal*, octubre 12, pág. 838.)

Diabetes (Opinión francesa sobre la antipirina en la).—El uso de la antipirina en la diabetes ha sido últimamente discutido en la Academia francesa de Medicina (*Le Progrès Méd.*). Sus buenos resultados fueron muy defendidos por Mr. Panas, el cual observó en dos casos que las dosis diarias de 2 gramos hacían desaparecer por completo el azúcar de la orina, y que aquélla volvía á reaparecer gradualmente á medida que se disminuía la cantidad de antipirina. Ha observado que obra rápidamente en casos en que el régimen severo y la administración de otros medicamentos no han conseguido reducir la cantidad diaria de azúcar por bajo de 6,50 gramos. Mr. Germain Sée dijo que su experiencia en 18 casos había sido muy favorable. Hubo enfermos en quienes la cantidad de azúcar expelida antes del tratamiento sólo fué moderada, y en los cuales la antipirina no sólo hizo desaparecer aquélla, sino que también modificó la sed y los síntomas nerviosos y cutáneos. Sin embargo, no ha encontrado útil esta sustancia en casos de tisis ó en aquellos en que la cantidad de azúcar segregada era excesiva. El doctor Dujardin-Beaumetz convino en todo con Mr. Sée é hizo notar que los demás cuerpos del mismo grupo químico de la antipirina tenían algún poder antiglucogénico. El doctor A. Robin encontró la antipirina especialmente útil cuando el régimen dietético era mal soportado y el enfermo llevaba mucho tiempo sin adelantar nada. En algunos casos de estos puede permitirse al enfermo tomar alimentos más feculentos si van acompañados con dosis de antipirina. El tratamiento por la antipirina puede, en efecto, sustituir en algunas ocasiones al del régimen dietético; pero hizo más daño que provecho

en aquellos casos en que había mucha extenuación y palidez ó edema de los párpados. El doctor Worms no ha observado ninguna diferencia notable entre los resultados del tratamiento por la antipirina y por el sulfato de quinina. (*Practitioner*, junio.)

Diabetes sacarina (Sacarina como sustituto del azúcar en la).—El descubrimiento de la sacarina nos ha proporcionado un sustituto admirable del azúcar, pues dicho agente posee una propiedad dulcificante cerca de 300 veces mayor que la del azúcar y de un sabor agradable. La tableta de sacarina que hoy se hace es muy conveniente para dulcificar el café, el té y demás bebidas. El uso constante de la sacarina cerca de un año me ha convencido que en estos casos es enteramente inofensiva. (Doctor Purdy, *Journal Médical*, 30 mayo de 1889, página 435.)

Enuresis nocturna (Tratamiento de la).—Baruch (*Arch. of Pedrat*, abril de 1889) comenta la preponderancia de la incontinencia nocturna de orina en los niños y la gran dificultad que hay para curarla. En el Asilo de Jóvenes de Nueva York, donde hay próximamente 1.000 niños, la proporción de casos es de 10. Aunque los que tienen esta afección son llevados á salas especiales donde se les despierta una ó dos veces en la noche, y á pesar de haberse ensayado toda clase de tratamientos, no se obtiene mejoría alguna. El castigarlos cree el autor que es cruel é injusto, y la circuncisión la considera inútil en la mayoría de los casos por las razones que expone, siendo la principal entre ellas que las niñas del Asilo padecían esta afección con la misma frecuencia que los niños. El no obtenerse buen resultado con el tratamiento, tanto quirúrgico como medicinal, el autor lo atribuye á tres causas: 1.ª, dificultad en la aplicación de los remedios basados en indicaciones teóricas recomendadas por los autores; 2.ª, imposibilidad de aplicar dichos remedios á las partes que se suponen interesadas; 3.ª, falta de evidencia de que el organismo ó la parte afectada ha sido realmente sometida á la influencia de los remedios administrados. Como las teorías propuestas difieren tanto, ha dejado de ocuparse de la primer causa. La segunda y tercera, también en lo relativo á los remedios internos, ha conseguido vencerlas durante los

doce últimos meses, atendiendo cuidadosamente á la necesidad de poner al organismo completamente bajo la influencia del medicamento dado. No ha descubierto ninguna nueva sustancia, sino que emplea la belladona, ó mejor su alcaloide la atropina. Para obtener resultado es necesario producir los efectos fisiológicos del medicamento, para lo cual no hay que dar la atropina por el día, sino basta administrar una dosis proporcionada á la edad del niño á las cuatro de la tarde y otra á las siete si no se ha producido la dilatación pupilar. He tratado de este modo 60 casos en el Asilo con excelente resultado. (*American Journal*, julio, pág. 82.)

Estrechez uretral (Electrolisis linear en la). —Mr. Lavaux refiere (*Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires*, abril de 1889), en una sesión reciente de la Academia de Medicina, que los resultados observados por él en los casos de estrechez uretral, tratados por electrolisis, demuestran que después de algún tiempo las curaciones no eran más permanentes que después de la uretrotomía interna. De un número de pacientes operado desde hace siete ú ocho años por Mallez y Pardin no ha vuelto á reproducirse la estrechez en todos ellos. Termina diciendo que no se ha descubierto una curación permanente, y que la dilatación rápida, prestando la debida atención á la antisepsia de la vejiga y conducto uretral, es el mejor método de tratamiento. (*American Journal of the Med. Sciences*. junio de 1889, pág. 629.)

Evacuación manual de la vejiga, por el doctor Heddacens.—A nadie hasta ahora se le había ocurrido emplear la compresión manual para la evacuación de la vejiga. El procedimiento recomendado por el autor es fácil y puede emplearse de dos maneras:

1.ª Colocado el médico frente al enfermo aplica sus manos sobre el hipogastrio de éste, teniendo los pulgares cruzados sobre la sínfisis del pubis y aplicando la extremidad libre de los otros dedos sobre la convexidad del tumor vesical. Basta ejercer una compresión en la dirección del cuello de la vejiga para verla disminuir de volumen, al mismo tiempo que es expulsada la orina con chorro á veces enérgico.

2.ª En el segundo procedimiento el médico se coloca de

espaldas al enfermo, pone el borde cubital de cada una de sus manos á lo largo del ligamento de Poupart correspondiente, y con los pulgares, en este caso, ejerce una compresión sobre el globo vesical. Este segundo procedimiento es con frecuencia más práctico que el primero.

Esta operación se encuentra indicada en los mismos casos que el cateterismo, pero está contraindicada cuando la vejiga se encuentra muy distendida, cuando es dolorosa, cuando las paredes abdominales son muy adiposas y en los casos de embarazo.

Tiene sobre el cateterismo la ventaja de no ser dolorosa, poder hacerse por personas extrañas á la medicina y no exponer como la sonda á fermentaciones de orina en la vejiga. *(Berliner Klinische Wochens., etc.*, octubre de 1889.)

Laceraciones de la uretra del hombre (Diagnóstico y tratamiento de las), por el doctor Marghen.—El autor ha presentado á la Academia de Medicina de Roma una Memoria en la que da á conocer un instrumento que ha inventado para facilitar la introducción de una sonda en la vejiga en el caso de existir laceraciones de la uretra. Este instrumento es una modificación del de Mercier, y consiste en un catéter común metálico, hueco en su parte recta y macizo en la pequeña porción unida á la primera en ángulo de 120°; en el talón del instrumento existe un agujero que es la abertura de la parte hueca, en la que se puede introducir sin esfuerzo una de las sondas comunes conductoras de Maisonneuve. Este instrumento ayuda á dar el diagnóstico, porque introducido en la uretra con su orificio hacia abajo puede seguirse en el periné y en el recto, á fin de que no penetre en las laceraciones; en este instante adquiere un valor curativo, porque manteniendo su orificio fijo en la laceración se puede introducir la candelilla de Maisonneuve en la cavidad, hacerla salir por el agujero del talón y buscar con ella la uretra sana. Hecho esto se retira el instrumento metálico, dejando en su puesto la candelilla, bajo cuya guía se introduce en la vejiga una jeringa de Potain. *(Gazzetta Medica di Torino*, 5 septiembre de 1889.)

Uremia (Uso de la morfina en la).—En la Sociedad Médica de Londres, el 8 de abril de 1889, el doctor Stephen Mackenzie leyó una tesis sobre este punto.

Empezaba describiendo el estado de los pacientes afectos de uremia, debida á afecciones de Bright, y después narraba los casos siguientes: El primero era una mujer de treinta y ocho años, con nefritis difusa crónica de algunos años de duración. Tenía anasarca, ascitis y disnea, y la orina contenía una mitad ó tres tercios de albúmina. El corazón estaba hipertrofiado y existía papilo-retinitis doble. Se trataron los síntomas renales con gran beneficio, y á las seis semanas próximamente había desaparecido la hidropesía y disnea, pudiendo abandonar la cama. Una noche, después de haber hecho un ejercicio exagerado por la tarde, fué repentinamente atacada de gran disnea con cincuenta respiraciones por minuto. La acción cardíaca estaba debilitada, 150 á 200 latidos por minuto, no estaba cianótica y le bañaba de pies á cabeza un sudor viscoso. Tenía gran excitación mental con horror á la muerte. Dióse le nitrato de amilo, alcohol, amoníaco y éter sin ningún resultado, inyectándosele entonces hipodérmicamente un centigramo de hidroclorato de morfina. A los pocos minutos la disnea se hizo menos intensa y á los veinte estaba en su estado normal, pudiendo la mañana siguiente dedicarse á sus ocupaciones. Varios ataques subsiguientes fueron tratados del mismo modo después de ensayar sin resultado los demás remedios. La morfina interna ó hipodérmicamente nunca dejó de dar resultado, no produciendo efectos tóxicos. La enferma murió tres meses y medio después del primer ataque de disnea. El segundo caso fué también una mujer de veintiocho años, con nefritis granulosa de cuatro años de duración. Había gran anasarca, un tercio de albúmina en la orina, hipertrofia del ventrículo izquierdo, con incompetencia mitral y papilo-retinitis doble. Sufría mucho por la disnea y cefalalgia. Después de mejorar bastante durante algún tiempo, fué atacada de cefalalgia intensa, náuseas, disnea, acción cardíaca irregular y gran soñolencia. El cloral, los bromuros, la nitro-glicerina y las inhalaciones de aceite de enebro fueron usados sin ninguno ó muy poco efecto. Administráronse entonces 10 gotas de hidroclorato de morfina líquida, á lo que siguió una rápida mejoría de todos los síntomas. La paciente murió de los efectos combinados de un carbunco y la afección renal dos meses después de haber empleado el trata-

miento. Las dosis de 10 gotas de solución de morfina curaron siempre rápidamente los síntomas depresivos, no siendo suficientes las de 5 gotas. El autor hace fijar la atención sobre el buen resultado obtenido con la morfina en estos y otros casos repetidos. Había una creencia arraigada, probablemente bien fundada, en el peligro del opio y sus alcaloides en la afección renal; siendo, pues, necesaria una investigación ulterior, no sólo respecto á si en casos de uremia podía darse la morfina sin temor alguno y con ventajas positivas como en los ejemplos narrados. Seguía después una breve consideración sobre la naturaleza de la uremia, sentando que: 1.°, la uremia era un envenenamiento del sistema nervioso, una toxœmia; 2.°, el veneno estaba desarrollado dentro del cuerpo del enfermo, autotoxœmia. Hiciéronse referencias á los escritos de Grainger, Stewart, Dickinson y Carter, y más especialmente á las observaciones de Bouchard, que ha descrito siete elementos tóxicos en la sangre de un urémico. Los principios del tratamiento de la uremia se acordó fueran tres: 1.°, la eliminación de los venenos; 2.°, contrarrestar los venenos; 3.°, impedir la retención de ulteriores venenos. Después de examinar el primero y último de dichos principios de tratamiento, los cuales deben siempre emplearse, procedió á demostrar que la morfina servía para llenar la segunda indicación. El autor, después, examinó la naturaleza de la disnea urémica, jaqueca y convulsiones, y atribuyó los efectos benéficos de la morfina á impedir que el espasmo producido por el veneno en la sangre se propague á los vasos sanguíneos. Aludió á los escritos de Sonnis y sus sucesores y á casos recientemente registrados por Alfred Grace, en los que la morfina se administró en dosis de 2 á 5 centigramos en inyecciones hipodérmicas con los mejores resultados. Termina diciendo que cree hay bastantes pruebas para demostrar que la morfina requiere se ensaye más en la uremia. (*British Medical Journal*, abril 13, pág. 837.)

AMPUTACIONES, FRACTURAS, DISLOCACIONES, Y AFECCIONES DE LOS HUESOS, ARTICULACIONES, ETCÉTERA, ETCÉTERA.

Apósito sin vendas; pasta antiséptica, por el doctor Socin.—En algunas regiones anatómicas, dada su

forma ó situación, es difícil aplicar un vendaje después de una operación quirúrgica. Para remediar este inconveniente el profesor Socin ha ideado una pasta antiséptica que se adhiere sólidamente á la piel, y hace por lo tanto superfluo el empleo de la venda ó tafetán engomado, que en algunas regiones, por ejemplo los labios, resbalan fácilmente ó se ensucian. Esta pasta se compone de óxido de zinc, de cloruro de zinc y de agua en la siguiente proporción:

Oxido de zinc		50 partes.
Cloruro de zinc	5 á 6	—
Agua	50	—

Mézclese.

Esta pasta se debe usar lo más fresca posible; el cirujano mismo puede prepararla en el momento de emplearla. He aquí cómo se emplea en el labio leporino, por ejemplo. Hecha la sutura, lavado el campo operatorio, que se seca con cuidado, se extiende con un pincel ó con una espátula la cantidad necesaria de pasta de Socin sobre la herida suturada y las partes próximas, teniendo cuidado de no obstruir las ventanas de la nariz. La pasta se seca á los pocos minutos de aplicarla, durante los cuales se incorporan algunas hebras de algodón en rama para aumentar su resistencia; y de este modo se obtiene una costra sólida muy adherida, impermeable al aire y á los líquidos, que garantiza la antisepsia perfecta de la herida, y por consiguiente la reunión inmediata.

Así aplicado el emplasto, queda en su sitio de cuatro á seis días, pasados los cuales se le desprende con cuidado para descubrir la herida y quitar la sutura; hecho lo cual se aplica de nuevo la pasta, que se deja colocada hasta que cae por sí misma, lo cual ocurre del quinto al sexto día, y entonces se encuentra la herida del todo cicatrizada.

Esta pasta tiene la ventaja de no ser irritante, y por lo tanto no produce eczema aun cuando se la tenga aplicada mucho tiempo.

Es inútil decir que la pasta se puede aplicar siempre que por una razón cualquiera el cirujano no pueda emplear vendas para sostener las sustancias antisépticas en contacto de una herida supurada. (*Rev. de med. y de cirugía prácticas*, 7 setiembre de 1889.)

Artrectomía; casos á que debe limitarse.—Mi conclusión respecto á esta operación, basada en mi propia experiencia y no contradicha por los resultados publicados de otros cirujanos, es que debe, hasta hoy al menos, limitarse mucho su empleo. Los casos en que puede ensayarse son, en primer lugar, aquellos en que se ha empleado sin resultado satisfactorio el tratamiento por el descanso prolongado, lo cual será raro si los enfermos son observados pronto. Una segunda restricción será para aquellos en que no hay todavía solución de continuidad en la piel, porque la operación, siendo menos completa, el desagüe más difícil y la anquilosis completa menos segura, la reproducción de la afección es más probable y el procedimiento no es menos peligroso que un tratamiento más radical. Además deberá emplearse principalmente en niños, porque en ellos sólo puede ser de alguna utilidad la principal ventaja; es conveniente en algunos casos la movilidad accidental. No me atrevo á asegurar que no se recomendará esta operación en casos excepcionalmente favorables, cuando, por ejemplo, no haya antecedentes tuberculosos, el paciente es robusto y la afección lenta y no purulenta. (Doctor John Duncan, *American Journal*, abril, página 369.)

Cuerpos extraños en las articulaciones (Extirpación antiséptica de los).—El doctor Samuel B. Woodward (*Boston Medical and Surgical Journal*, abril 25 de 1889) ha podido reunir 105 casos, en los que abrió directa y antisépticamente una articulación para extirpar un cuerpo extraño. En uno de los casos, el cuerpo extraño era un sarcoma, y en otros, un fibroma y un lipoma. En dos casos se extirparon porciones óseas; en uno se extirpó una espina, que se creyó antes de la operación fuera un pedacito de hueso, y en dos se extrajeron balas, una de las cuales había estado trece años en la articulación. En dos casos no pudo encontrarse nada, pero en uno de ellos hubo que desprender á la fuerza unas adherencias en la parte posterior de la rótula. No hubo más que una muerte en las 105 operaciones, que fué debida á erisipela flegmonosa. En dos casos la supuración exigió la amputación del muslo, después de lo cual curó el enfermo. Uno de dichos casos fué después de extirpar un cuerpo fibro-

grasiento el doctor R. J. Neil, y el otro fué en el Hospital de San Comas, no dándose detalles. En tres casos había dureza en la articulación afecta, extrayéndose en uno de ellos hasta 400 pedazos de cartílago y en los otros dos 25 respectivamente. En otros cuatro casos había ligera alteración en el movimiento de la articulación, observándose en uno de ellos adherencias y durezas antes de la operación, pero ningún cuerpo extraño. El segundo era uno en que se encontró un tumor óseo. El tercero le complicó una hemorragia secundaria, fiebre reumática y pericarditis. Del cuarto no se dan detalles. En todos los demás casos la curación fué rápida, no quedando alterado el movimiento de la articulación. La mortalidad fué aquí de 1 por 100; de modo que con el debido cuidado antes, durante y después de esta operación es muy difícil que se pierda el miembro, no peligrando la vida, y aunque en casos complicados hay posibilidad de que quede más ó menos alterado el movimiento de la articulación, no es esto nada en cambio del beneficio obtenido. (*American Journal*, junio, pág. 630.)

El hilo como material para ligaduras y suturas, por el doctor Heyder.—El precio elevado de la seda ha hecho pensar si se encontraría un material de ligadura y sutura que, teniendo sus ventajas, costase menos. El autor ha recurrido al hilo, y más particularmente á la clase conocida en Alemania con el nombre de *marschallzwirn*. Se tiene este hilo durante doce horas en una solución de sublimado al 1 por 100, y se conserva luego en otra al 1 por 1.000. Del cálculo hecho por el autor, resulta costar sesenta veces menos que la seda. Por lo demás, tanto en las suturas como en las ligaduras, da tan buenos resultados como aquélla, citando Heyder como ejemplo un caso de resección intestinal por fístula estercorácea, en el que la extremidad del intestino se reunió con la sutura de Lambert, hecha con hilo aséptico, no produciéndose reacción alguna y siendo completa la curación. (*Centralblat fur Chir. Lo Sperimentale*, mayo de 1889.)

Espina bífida (Tratamiento quirúrgico de la). —El doctor Carl Bayer (*Prager Med. Wochens.*, núm. 20, página 227) recopila el tratamiento de la espina bífida,

recomendado por otros autores, y desecha el uso del sedal, la inyección de iodo y la extirpación de una parte del saco, por no dar resultado satisfactorio y ser peligroso. Cree que dicho estado es parecido á una hernia, debiéndose tratar de modo análogo; que el peligro de meningitis en uno no es mayor que el de peritonitis en otro, y que comparada con la operación arriba mencionada, es más segura y más radical. En un niño de diez días, en el que había un gran meningocele del tamaño de un puño, y en el que existían ya úlceras por decúbito, practicó la operación siguiente: Después de cloroformizado y de limpiar y desinfectar bien las úlceras dichas, disecáronse dos colgajos laterales de la piel que cubría el tumor. Hecho esto, se volvió al niño sobre el vientre para impedir la pérdida excesiva de líquido cerebro-espinal y se abrió el saco del meningocele, viéndose la cola de caballo (*cauda equina*) deprimida sobre su pared posterior. Después de dilatar la incisión fué desprendida, si bien al hacer esto ocurrió una ligera laceración debida á las adherencias inflamatorias. Ligáronse dos pequeñas arterias en la extremidad de la cola. No se observó alteración en las pupilas ni espasmos de las extremidades. La cola, ó *cauda equina*, fué colocada de nuevo en el conducto medular, y el saco del meningocele fué extirpado, dejando sólo dos colgajos laterales de la dura, que se cosieron juntos después de desinfectar y limpiar bien la herida. Los músculos y la piel fueron después unidos separadamente y el niño se curó. (*American Journal of Med. Science.*, agosto, pág. 199.)

Formación de una nueva cavidad cotiloidea. —El doctor Ogston aconseja hacer, y ha hecho con buen éxito, una nueva cavidad cotiloidea en los casos de dislocación coxo-femoral congénita ó espontánea. En los casos tuberculosos el peligro de la autoinfección tuberculosa es demasiado grande para justificar una intervención de este género. La cabeza del fémur se separa con una sierra, según el método de Volkmann, dejando un punto saliente. Se forma después con una gubia un agujero en el hueso innominado, exactamente por encima de donde debía estar la cavidad cotiloidea y bastante grande para poder introducir el extremo del pulgar. La punta saliente del fémur se introduce en este agujero y la herida se cierra

con suturas. Este proceder se funda en la idea tan conocida de que las perforaciones del hueso innominado se cierran con tejido fibroso en vez de óseo; lo que hace presumir que alojando en el agujero formado la extremidad del hueso se conservará una abertura bastante grande, formándose adherencias fibrosas entre los dos huesos y quedando de este modo una articulación bastante firme y móvil. En uno de sus enfermos consiguió el autor el resultado apetecido siete semanas después de operado. (*Anals of surgery. Rev. de Med. y de Cir. prácticas*, 22 de junio de 1889.)

Fractura del cuello del fémur (Tratamiento de la).—El doctor N. Senn, de Milwaukec, añade las siguientes conclusiones á un artículo sobre el tratamiento de las fracturas del cuello del fémur por reducción inmediata y fijación permanente: 1.ª, bajo un punto de vista científico, pronóstico y práctico, no es necesario hacer una distinción entre las fracturas intra y extracapsulares del cuello del fémur; 2.ª, una fractura adaptada del cuello del fémur se unirá siempre que no se altere la adaptación y se la mantenga en posición un tiempo suficiente para que se unan los fragmentos por callo; 3.ª, las fracturas adaptadas del cuello del fémur serán tratadas con un apósito fijo de emplasto de París, en el que se incluirá el miembro fracturado, la pelvis y el otro miembro hasta la rodilla; 4.ª, las fracturas no adaptadas del cuello del fémur, lo mismo intra que extracapsulares, deben tratarse por reducción inmediata y fijación permanente, colocando los fragmentos en la misma favorable condición durante el proceso de consolidación que en las fracturas adaptadas; 5.ª, la reducción se efectúa más rápidamente por autoextensión y tracción sobre el miembro fracturado, estando el paciente de pie y descansando sobre el miembro sano; 6.ª, ni el apósito ni la presión lateral deben quitarse hasta las diez ó doce semanas, ó sea después de verificada la unión ósea; 7.ª, las personas que hayan tenido fractura del cuello del fémur no se las debe permitir usar el miembro fracturado hasta cuatro ó seis meses lo menos después del accidente, para impedir la formación de una pseudoartrosis en el sitio de la fractura; 8.ª, se mejora el resultado funcional con el movimiento pasivo, el masaje y el uso

de la corriente faradaica. (*Journal American Medical Association*, agosto 3, pág. 159.)

Fractura de la rodilla.—*Nuevo método de tratamiento.*—En la Sociedad Clínica, el 24 de mayo de 1889, el doctor Mayo Robson refirió un caso de fractura transversa de la rodilla, que trató por un método nuevo para asegurar la unión ósea sin abrir la articulación. El hueso estaba roto por debajo de la parte media, por efecto indirecto de una caída. Hizo notar lo poco satisfactorios que fueron los resultados obtenidos por los métodos comunes empleados, y añadió que aunque nunca había observado el menor accidente por unir con alambre los fragmentos, sin embargo, era imposible negar que se sometía al enfermo á un gran peligro. Teniendo esto en cuenta, se dedicó á idear un método con el que se consiguieran las ventajas de la consolidación ósea sin necesidad de abrir la articulación. En este caso se limpió y desinfectó bien la piel sobre y al rededor de la articulación, después de lo cual se vació ésta por aspiración. Procuróse entonces dos grandes alfileres de acero con sus cabezas de vidrio, iguales á los que usan las señoras para sujetar los sombreros, y después de desinfectarlos bien y de estirar la piel hacia arriba sobre el fragmento superior, introdujo uno de ellos por encima del nivel del fragmento superior y el otro por el extremo superior del ligamento rotuliano. Haciendo luego una suave tracción sobre los alfileres, los fragmentos se adaptaron por sí solos. Los extremos de los alfileres fueron después cortados, quedando sólo fuera media pulgada en cada uno de los lados, y el todo se cubrió con gasa antiséptica. Este apósito no se tocó en tres semanas, y cuando se quitó no había rubicundez ni ningún otro signo de irritación. La temperatura nunca pasó de la normal, y el enfermo se sintió perfectamente todo el tiempo. Estando al parecer bien unidos los fragmentos se quitaron los alfileres, aplicándose una tira de emplasto de París, y se le permitió fuese á su casa. Observa que la única precaución que necesitó fué estirar hacia arriba la piel sobre el fragmento superior, para evitar la indebida tracción que sobre él pudiese ejercer cuando los fragmentos estuvieran aproximados. El tegumento se desinfectará, así como los alfileres. Si hubiese habido mucho derrame, hu-

biese sido preferible aspirar. Como tuvo lugar la unión sin que se eliminase ninguna porción del callo provisional, hízose bien en insistir sobre el uso del aparato de Thomas durante algún tiempo después. Las ventajas de la operación fueron la simplicidad y la obtención de la consolidación ósea sin ningún peligro. Dice que este fué el segundo caso de esta clase en que había operado, y que más recientemente había hecho dicha operación en otro de fractura del olécranon, pero era aún demasiado pronto para decir algo sobre el resultado. (*Lancet*, 1.° de junio, página 1084.)

Fractura de la rodilla.— *Nueva sutura extraarticular.*—En la Real Academia de Medicina de Irlanda, el 22 de febrero de 1889, el doctor Myles describió un nuevo método, inventado por él, de sutura rotuliana extraarticular para unir los fragmentos en las fracturas transversas. Consistía en pasar un alfiler grueso transversalmente á través de cada fragmento de la rótula, y después adaptarlos por una sutura en forma de 8. (*British Med. Jour.*, marzo 16.)

Fractura de la rodilla, tratada uniendo con alambre los fragmentos.—El doctor Ceci, en el Congreso de Cirujanos de Bolonia, refirió 11 casos que había tratado suturas subcutáneas con alambre. La mayor parte de los enfermos eran de cincuenta á setenta y ocho años, y en casi todos la fractura fué simple y transversa; pero en uno el fragmento inferior lo estaba de un modo conminuto, y en otro, un hombre de sesenta y nueve años, el hueso había sido roto por segunda vez dos meses después del primer accidente. El doctor Ceci usa suturas de plata. Todos los casos curaron; sólo en uno hubo hematorrea y artritis no infecciosa. (*British Med. Jour.*, mayo 4.)

Isquemia local.—Para la isquemia local de los miembros basta la venda de Esmarch; pero en el tronco no es aplicable este procedimiento, por cuya razón el doctor Verstraeten, de Gante, ha ideado suplirle con un aparato que se compone de un disco circular de cautchuc y una venda elástica. El disco está formado de varios anillos concéntricos que encajan los unos en los otros; el del centro es macizo y de 1 centímetro de diámetro; los otros tienen también un espesor de 1 centímetro. Este disco

tiene una cara inferior plana y una superficie convexa; su diámetro es de 5 á 10 centímetros y aun más; la altura es de 8 milímetros de lado y de 13 en el centro, para un disco que mida 6 centímetros de diámetro. En los discos mayores, que se emplean cuando la operación ha de recaer en superficies más extensas, se guardan las mismas proporciones.

La venda elástica tiene una anchura que excede cuando menos 2 centímetros al diámetro del disco; su longitud es determinada por la parte del cuerpo en que se ha de practicar la operación; será de cautchuc de buena calidad, delgada y elástica. Puede reemplazarse esta venda por hojas cuadradas ó rectangulares de cautchuc de la misma calidad; la anchura de esta hoja será tal que exceda cuando menos 2 centímetros del diámetro del disco elástico.

La aplicación se comprende fácilmente. El disco, que traspasa toda la altura de su anillo externo la parte en que se ha de hacer la operación, se aplica por su base bastante sólidamente á la piel para vencer la presión arterial y expulsar toda la sangre, cosa que se consigue fácilmente si el plano resistente subyacente está constituído por una superficie ósea. Se aplica en seguida la venda de cautchuc, que se aprieta suficientemente para mantener el resultado obtenido por la compresión manual, es decir, la anemia, tanto arterial como venosa. Se incinde entonces la hoja de cautchuc á la altura del vértice del disco, cuya incisión se hace con el sacabocados ó con las tijeras, ensanchando la abertura de modo que permita quitar toda la parte interna de la pelota elástica, quedando sólo el anillo externo. Los bordes de la parte incindida se aplican íntimamente sobre el anillo de coutchuc, gracias á la fuerte tensión de la venda. La separación de las piezas internas del aparato se hace muy fácilmente; el cilindro macizo que forma el centro del disco se quita primero por medio de unas pinzas ordinarias, mientras que los demás anillos de cautchuc se quitan con los dedos. Hecho esto, el campo de la operación está completamente al descubierto y se puede incindir la piel sin que pierda sangre el enfermo; además, gracias á la compresión y á la anemia local, la parte pierde algo de su sensibilidad normal.

Se podría valuar en cierto modo matemáticamente el grado de compresión necesaria para conseguir una anemia perfecta. Para ello basta conocer la presión de la sangre en las arterias de la región, y tener en cuenta la relajación de la venda debida á la incisión al nivel del vértice del disco de cautchuc. Prácticamente convendrá exagerar algo la compresión, que en general no presenta peligros.

El autor ha empleado este aparato en la ablación de un tumor sanguíneo voluminoso, que radicaba al nivel de la eminencia frontal izquierda, en un niño de diez meses. La hemostasia fué completa durante toda la operación. La nutrición general de las partes comprimidas tampoco se alteró, obteniéndose una reunión perfecta por primera intención sin accidente de ninguna naturaleza.

La hemostasia final se consigue levantando sucesivamente diversas secciones del anillo único que queda aplicado, permitiendo así la llegada de la sangre arterial que hace reconocer los vasos que hay que ligar. (*Siglo Médico*, 1.° de septiembre de 1889.)

Ligadura de la arteria tiroidea inferior (Técnica de la).—El doctor Rydygier ha preconizado la ligadura de las arterias tiroideas superiores é inferiores para combatir el bocio, y ha conseguido con ella buenos resultados, sin riesgo de caquexia estrumípriva en los casos recientes y parenquimatosos. En su trabajo expone el autor los perfeccionamientos que ha introducido en la ligadura de la tiroidea inferior (que ha hecho diez y seis veces), á fin de hacerla más fácil y mejorar la estética del cuello.

Echado el paciente con la cara vuelta hacia el lado que se va á operar se hace á cerca de 2 centímetros por encima de la clavícula, y paralelamente á ella, una incisión de 6 á 8 centímetros que cruce el borde posterior del esterno-mastoideo, de tal suerte que la parte más pequeña de la incisión descanse transversalmente sobre el músculo mismo. Incindida la piel, el cutáneo y la fascia superficiales, se introducen los dos índices por debajo del músculo esterno-mastoideo, y por medio de algunos movimientos hechos de arriba abajo se procura desgarrar el tejido celular laxo y llegar al borde interno del músculo escaleno anterior y aun más atrás. Los gruesos vasos y el nervio

vago quedan en la cara posterior del esterno-mastoideo, y son llevados hacia arriba con el músculo mismo con ayuda del dedo. Se colocan uno ó dos anchos separadores obtusos y se sostienen con ellos el músculo, los gruesos vasos y el nervio vago, que se lleva adelante y adentro con objeto de entreabrir bien la herida profunda. Entonces se ve perfectamente en el borde interno del escaleno el tronco tirocervical y la arteria tiroidea inferior doblada en forma de arco hacia dentro. Con dos largas pinzas se deja aislar fácilmente el vaso, y por medio de una aguja curva se colocan dos ligaduras, entre las cuales se secciona el vaso.

Si durante la operación se encuentran gruesos ganglios, se les extirpa. El nervio frénico, que pasa de arriba abajo y de fuera adentro sobre el músculo escaleno anterior, se ve con frecuencia, pero no puede herirse. A veces la arteria es poco voluminosa en el borde interno del escaleno, bajo el cual está oculta en parte; en este caso debe desviarse fuertemente el músculo.

La cicatriz de la operacion, situada en la base del cuello, se disimula con los pliegues cutáneos y casi siempre se cubre con los vestidos. (*Central. fur Chirurgie*, 1889.)

Nueva preparación del iodoformo para las inyecciones, por el doctor Espina y Capo.—El autor cree haber encontrado el quid de la dificultad que existe para la aplicación del iodoformo. Entre los varios ensayos practicados, la fórmula de su preparación es la siguiente: 10 gramos de terpinol, 10 de aceite esencial de trementina y 1 ó 2 de iodoformo. Con esta fórmula, después de dos meses de reposo absoluto del frasco, no se notan posos de ningún género; puede inyectarse por la jeringa de Pravaz, y no echa á perder ninguno de los instrumentos en ella impregnados. Esta preparación puede hacerse llegar á todos los trayectos fistulosos por pequeños que sean, y se absorbe de tal manera que se encuentra la reacción del ioduro en la orina. (*Rev. de med. y de cir. prácticas*, 22 abril de 1889.)

Psoitis supurante (Trepanación de la pelvis en la).—En la *Revue de Chirurgie*, de marzo, el doctor Michel Gangolphe, de Lyons, publica un artículo sobre esta cuestión. Da la historia de dos casos y hace referencia á los artículos de Weirs, Fischer, Rinne y Candamin. Sus

conclusiones son que la psoitis infecciosa, y hasta traumática, es de una gravedad excepcional, por afectar al estado general del paciente ó por extenderse la afección local, y especialmente por la posibilidad de complicar á la articulación sacro-femoral; que la pronta evacuación del pus es el mejor medio de prevenir el término fatal; que la trepanación de la pelvis, según lo ha hecho él, se practica fácil y rápidamente, no ofrece peligro y admite el establecimiento de un perfecto desagüe de la cavidad ilíaca, y que, según las circunstancias del caso, puede asociarse una de las incisiones lumbar clásica, inguino-crural ó posterior crural. El sitio que considera mejor es un punto á tres traveses de dedo por debajo de la cresta del ílium y otros tres detrás de la espina antero-superior. (*New-York Med. Journal*, mayo 18 de 1889.)

Quemaduras y sabañones.—El doctor Zuboff ha empleado el permanganato de potasa en más de sesenta casos de quemaduras y sabañones, y declara que el permanganato de potasa, en forma de compresas renovadas á menudo, empapadas en una solución de 10 centigramos por 30 gramos de agua, es un excelente tópico para las quemaduras de primero y segundo grado, menos eficaz en las de tercero. Las soluciones débiles, de 2 á 3 centigramos por 30 gramos de agua, calman rápidamente la inflamación producida por los vejigatorios, disminuyen el dolor é impiden la supuración. (*Cronica Medica di Lima*, 1889.)

Resección tibio-peroneo-tarsiana (Nuevo procedimiento para la), por el doctor Creus.—He aquí el procedimiento empleado por este operador como modificación al método de Wladimiroff y Mikulicz.

1.° Corte anterior dorsal desde el peroné (borde interno), comenzando á 3 centímetros más arriba de la punta del maléolo, siguiendo hacia abajo y adentro en la dirección del tendón del peroneo anterior, y terminando en la línea interarticular calcáneo-cuboidea, á 3 centímetros próximamente del borde del pie.

2.° Corte posterior, que comienza en el borde interno del tendón de Aquiles, á la misma altura que el anterior; baja al talón costeándole, y sigue por la planta adelante hasta terminar debajo y en la misma línea interarticular

que el corte anterior, y dividiendo próximamente el tercio externo de los dos tercios internos de la planta.

3.° Corte dorso-plantar, que reune el primero con el segundo 1 centímetro por detrás de la terminación de ambos.

4.° Corte horizontal de la semicircunferencia externa de la pierna, que reune las dos primeras incisiones á 2 centímetros más abajo de su principio.

5.° Sección del tendón de Aquiles, cerca de su inserción, cuidando de no tocar el paquete vásculo-nervioso plantar; desarticulación tibio-tarsiana, hecha de fuera adentro; desarticulación medio-tarsiana; separación del calcáneo respetando los órganos plantares, que pasan por dentro y por debajo de él.

6.° Corte horizontal de la tibia y del peroné, previa su conveniente disección.

7.° Idem ídem del cuboides y del escafoides, separando entre ambos cortes 8 ó 9 centímetros.

8.° Regularización de la piel exuberante del talón y ligadura de las arterias.

9.° Coaptación y sutura de los huesos.

10. Sutura de las partes blandas.

11. Cura.

(*Rev. de med. y de cir. prácticas*, 22 abril de 1889.)

Sozoiodol (Acción terapéutica del).—El doctor Nischmann ha empleado con éxito la pomada siguiente:

Lanolina.	40 gramos.
Sozoiodol sódico.	4 —

Para la cura de las heridas de mal aspecto y sucias (heridas hechas con un cuchillo sucio y grasiento, heridas contundentes de las ruedas dentadas, quemaduras superficiales y profundas por sustancias explosivas ó metales fundidos, etc.) y de las úlceras (úlceras crónicas de la pierna, etcétera). Todas estas heridas curan bajo la influencia del sozoiodol en la mitad de tiempo que con el iodoformo. Ha conseguido excelentes resultados en las estomatitis y en las anginas agudas por embadurnamientos con una solución al 5 por 100 de zinc sozoiodolado. Estas aplicaciones son, en verdad, dolorosas, pero el escozor desaparece rápidamente cuando se enjuaga la boca con agua fría.

Una solución acuosa de sodio sozoiodolado (1 gramo 15 centigramos) es muy útil en la conjuntivitis purulenta y en la oftalmia blenorrágica de los recién nacidos.

Las preparaciones de sozoiodol son además útiles en la blenorragia en el hombre (inyecciones al 2 por 100 de zinc sozoiodolado), en la vaginitis simple y blenorrágica (embadurnamientos con una pomada al 10 por 100 de sozoiodol en el catarro del cuello uterino, espolvoreando el cuello con polvo de sozoiodol sódico; insuflación de una pequeña cantidad de este polvo en la cavidad cervical, con introducción consecutiva de un tapón seco), en la endometritis (inyecciones intrauterinas de una solución al 7 por 100 de zinc sozoiodolado; el líquido inyectado se deja muy poco tiempo en la cavidad uterina y se extrae pronto) y en el prurito vulvar (solución al 3 por 100 de zinc sozoiodolado). *(Med. Obozr.*, 1889.)

Uña encarnada (Tratamiento operatorio de la).—El doctor Anger cuenta con 117 observaciones de uña encarnada en las que ha aplicado con éxito su procedimiento. Este consiste en, después de haber producido la anestesia de la parte con una mezcla de hielo y sal marina, tallar por transfusión un colgajo lateral. Para ello atraviesa con un bisturí largo y estrecho las partes blandas desde la cara plantar hacia la cara dorsal, al nivel de la cabeza de la falange, y después se conduce el instrumento hasta la extremidad del dedo en el espesor de los tejidos sanos. Tallado así el colgajo y levantado se quitan todos los tejidos enfermos, incluso la uña y el periostio; después se aplica de nuevo el colgajo tallado y se le sostiene con tiras de diaquilón. No se hace sutura; la falange se rodea con una cura huatada, ligeramente compresiva, que se levanta al octavo día. A esta fecha se ha conseguido la reunión por primera intención y el enfermo puede andar desde el décimo día.

En los 117 casos sólo ha observado siete veces accidentes, una vez la linfagitis y seis un ligero esfacelo de la extremidad del colgajo. Este esfacelo debe atribuirse, bien á un colgajo demasiado delgado, bien á una excesiva compresión. *(Soc. de Chir. franc.*, julio de 1889.)

CIRUGÍA GENERAL

Bocio.—*Nueva serie de 250 casos de Kocher* (Fraenkel, en el *Centralb. für Chirurgie*, 1889, núm. 12).—De 250 casos operados sólo 6 terminaron fatalmente, ó sea hubo una mortalidad de 2,4 por 100. De estos 6, 3 fueron malignos (de 20 así operados) y 1 un tumor exoftálmico (de 5 casos). Excluyéndolos, la proporción de mortalidad fué de 0,8 por 100. El tratamiento de la herida fué aséptico mejor que antiséptico. En el presente estado de nuestros conocimientos, el término *cachexia strumipriva* puede cambiarse por el de *cachexia thyreopriva*, siendo esencial que en todas las tiroidectomías debe dejarse detrás una parte funcional activa de la glándula tiroides. Kocher ligaba sólo todas las arterias tiroideas en casos de bocio exoftalmos. Reserva el término enucleación para las operaciones en que sólo separa los nódulos y quistes de la cápsula que rodea el tejido glandular ordinario. Ha empleado mucho tiempo un método que llama *vaciado*, que consiste en cortar y dividir de una vez los nódulos del bocio, cuyos fragmentos son luego extraídos con los dedos y una cucharilla. La enucleación es más fácil y más segura que la extirpación, pero dúdase si se impide con ella la reproducción. Generalmente se usa la extirpación en la forma difusa y la enucleación en la nodular. (*Edinburgh Med. Journal*, octubre, pág. 399.)

Desagüe.—*Su supresión en las grandes operaciones quirúrgicas.*—En una reciente sesión de la Sociedad de Cirugía (*L'Union Médicale*, mayo 9 de 1889), Julio Bœckel leyó una comunicación sobre esta cuestión. Después de haber usado los tubos de desagüe, hasta tenerlos puestos veinticuatro horas, ahora los omite por completo. Al principio sólo hacía esto en las pequeñas operaciones, pero hoy no emplea para nada el desagüe permanente. Leyó los resultados obtenidos en 33 grandes operaciones de todas clases, entre las cuales hubo extirpación de las mamas, resección de la rodilla, amputación del muslo, extirpación de glándulas cervicales é inguinales, etc., etc. De estos 33 casos sólo murieron dos, uno de meningitis tuberculosa y el otro de pulmonía. La mayor parte de las operaciones fueron excepcionalmente graves y complicadas, como, por ejem-

plo, una para extirpar la mama, glándulas axilares y las situadas encima y debajo de la clavícula, necesitándose hacer una osteotomía de este hueso y una sutura de los extremos divididos; no se empleó desagüe alguno y la herida cicatrizó á los quince días con una sola cura. En la resección de la rodilla obtuvo la perfecta unión de la herida sin supuración á los veinticinco días. Para obtener estos resultados, considera el factor más esencial una rigurosa antisepsia durante el curso de la operación. Recomienda el lavarse las manos frecuentemente con agua caliente y una solución de sublimado, el no usar esponjas, secar la herida con gasa antiséptica, usar el menor número de ligaduras posible, poner en algunos casos un pseudo-desagüe hecho con un lápiz absorbente de iodoformo y, finalmente, usar un simple vendaje bien apretado. En la discusión que siguió, Segond dijo que sólo debía omitirse el desagüe en casos en que la antisepsia fuera completa y en los que fuera posible poder ejercer la compresión prolongada. Ollier dijo que en la resección de la rodilla de casos antiguos, en que hubiera focos purulentos periarticulares, no creía prudente la supresión de los tubos de desagüe, pudiéndose adoptar un término medio usando cuerpos absorbentes, como los tubos de catgut, hueso descalcificado, etc., etc. Reclus no ha empleado el desagüe desde 1887, obteniendo excelentes resultados y en muy pocos casos supuración. (*American Journal*, julio, página 84.)

Desagüe. — *Presión como sustituto de los tubos de desagüe en las heridas.*—En la Sociedad Médico-quirúrgica de Leeds y West Riding, el 3 de mayo de 1889, el doctor McGill dijo que durante los cuatro últimos meses, sugerido por el doctor Sittlewood, ha curado todos sus casos en el hospital por presión fuertemente ejercida con vendajes, debajo de los cuales puso gran cantidad de algodón salicilado. Donde se siguió el método de Esmarch, después de aplicarse la venda elástica y torniquete, se ligaron sólo los vasos más grandes, quitándose éste después de fijado el apósito. La herida fué copiosamente irrigada con una solución de cloruro de mercurio, y cuando las incisiones eran pequeñas se aplicaron suturas bien juntas y en las mayores más separadas. La piel, casi invariable-

mente, cicatrizó por primera intención, y algunas veces la evacuación serosa buscó su salida por los agujeros de las suturas. Este método tiene sus ventajas y desventajas. Entre las primeras enunció las siguientes: 1.°, La primera cura pudo dilatarse indefinidamente, haciéndose así más probable la unión por primera intención; 2.°, no hubo tanta hemorragia; 3.°, el tiempo empleado en las operaciones fué mucho menor (punto muy importante). Por otra parte, dicho método tiene en su contra que, cuando la antisepsia no fué perfecta, las evacuaciones serosas retenidas se corrompieron, hubo mayor peligro de piemia y una hemorragia retenida hizo supurar dos de sus casos, cicatrizando las heridas por segunda intención. Refiriéronse casos de resección de la rodilla, muslo y cadera, extirpación de tumores y cierre inmediato de abscesos crónicos para ilustrar los resultados de este tratamiento. Uno de los mejores resultados que obtuvo fué en un caso de un hombre con gangrena del pie izquierdo, habiéndose extirpado cuatro huesos del tarso. La gangrena, sin embargo, se extendió y el 4 de febrero estaba delirante, casi moribundo. Hízose la amputación de la articulación rotuliana, se ligó sólo la arteria poplítea y se aplicó una gran presión sobre compresas de algodón. El 7 de febrero se cerró la herida, el 12 estaba cicatrizada y al día siguiente (noveno después de la operación) se levantó bueno. Describiéronse varios casos en los que este tratamiento no dió tan buen resultado. Repasando los casos en general, sentó que en algunos apropiados, es decir, donde la antisepsia fué completa y la presión convenientemente aplicada, la ventaja era indudable. Por otra parte hubo muchos casos, entre ellos algunos de soluciones de continuidad con senos extensivos en sitios como el cuello, en los que no pudo prescindirse de la aplicación de los tubos de desagüe. (*British Med. Journal*, mayo 11, página 1120.)

Infartos escrofulosos. — *Importancia del descanso.* —El medio local más importante consiste en procurar descanso á la parte. El descanso es el primer factor en el tratamiento de todo estado inflamatorio. A una persona con un bubón inguinal en estado de supuración no se le permite andar, y cuando están inflamadas las glándulas de la axila no se le permite mover el brazo. Sin embargo, á un niño

con una afección idéntica de las glándulas cervicales se le permite mover de un modo casi incesante el cuello, siendo indudablemente debido á esto la pertinacia de las afecciones glandulares de dicha región y los senos que resultan. El cuello debe tenerse quieto por medio del collar de algodón en rama usado por W. Konight Tuses en la Enfermería de Mayate, ó por otro aparato cualquiera que llene el objeto. De los buenos efectos del tratamiento por la quietud no tengo la menor duda, especialmente en los primeros períodos de la afección y en los casos pertinaces de supuración. El buen efecto obtenido pudo estimarse comparando casos de infartos inguinales tratados por el descanso con un número igual en que se permitían los movimientos de las piernas. (Doctor Fredk Treves, pág. 257.)

Infartos escrofulosos.—*Tratamiento por la trementina y el raspado.*—El método mejor de tratar un infarto escrofuloso reblandecido es, según mi práctica, el siguiente: Administrar cloroformo. Hacer un pequeñísimo agujero en la glándula con un cuchillo de tenotomía é introducir por él una pequeña cucharilla de Volkmann. Raspar y sacar por presión todo cuanto contenga la cavidad. Cuando ya no salga nada se llena ésta con una pequeña mecha de hilas empapada en trementina, la cual es empujada á través del agujero con un estilete. A los dos ó tres días se saca la mecha y se introduce un tubo de desagüe, á través del cual se pasa una aguja con hilo al nivel de la piel, deslizándose luego por él un pedazo circular de emplasto agujereado en el centro. Se corta la parte que sobresale del tubo y se atan las hebras de hilo sobre el emplasto, quedando así aquél inamovible. Sobre él se puede colocar un poco de algodón absorbente empapado en una loción antiséptica. Después de unas cuantas lecciones la madre del niño ó la asistenta aprenderá á lavar la cavidad con una jeringuilla por mañana y noche y á aplicar el apósito, así como á sacar el tubo, limpiarlo y volverlo á colocar cada tres días próximamente. Teniendo paciencia para esperar hasta que el tubo sea empujado todo hacia afuera de la cavidad sólo quedará un punto blanco apenas perceptible. (Doctor Mitchell Banks, pág. 252.)

Lanolina y percloruro de mercurio en cirugía.—Según una tesis del doctor A. Gottstein *(Therap.*

Monatsch., marzo de 1889), la lanolina con el percloruro de mercurio posee varias importantes ventajas quirúrgicas. Koch ha demostrado ya la ineficacia relativa del aceite fenicado. Gottstein asegura ahora que aunque el aceite graso y espeso evita de un modo completo la acción de los antisépticos, la lanolina con el percloruro de mercurio es un desinfectante tan poderoso como una solución acuosa de percloruro. En el tratamiento de las grandes superficies ulceradas cree que dicha combinación dará resultado, pues disminuirá los peligros de absorción cubriendo al mismo tiempo, de un modo más completo, la parte afecta y haciendo que su acción preservativa sea más continua. Ebstein, en el *Deutsche Med. Woch.*, confirma estos asertos y recomienda el empleo de esta combinación en el tratamiento de las úlceras por decúbito insidiosas, y el doctor George Meyer, de Berlín, cree que puede también usarse como desinfectante de las manos del cirujano mientras practica las operaciones antisépticas. La rubicundez y aspecto especial de las manos, que ordinariamente producen las soluciones concentradas de ácido fénico, dícese que no se observan con la lanolina. A pesar de las opiniones en contra del poder de absorción de la lanolina, parece que ha sido terminantemente probado que, aun sin ir asociada al percloruro de mercurio, no favorece la formación y desarrollo de los micro-organismos. Es muy probable que el doctor A. Gottstein haya ahora dado con su verdadero uso como protector. (*Lancet*, abril 27, pág. 853.)

Salol en cirugía.—En la Sociedad Hunteriana, el 10 de abril de 1889, el doctor Corner leyó una serie de casos que demuestran el poder antiséptico del salol (salicilato de fenol) en la cura de las heridas, después que la parte se haya hecho aséptica con una solución al 1 por 30 de ácido carbólico. El salol tiene un olor aromático agradable, pudo usarse libremente sin producir irritación ó intoxicación, fué absorbente, formando después que se secó una cubierta espesa y friable. Impidió la putrefacción, pero no la destruyó una vez iniciada. Ha sido usado cada vez con más frecuencia durante varios años en el Hospital Poplar, con excelentes resultados, en las fracturas compuestas y dislocaciones, amputaciones y en la fractura conminuta compuesta del cráneo.

El primer caso referido fué el de una fractura conminuta compuesta del hueso frontal, en que estaba éste levantado, siendo necesario extirpar algunas esquirlas; después de lo cual se lavó la herida con ácido fénico (1 por 30), se llenó el agujero con salol y se insertó un tubo de desagüe. No se movió el apósito en quince días, cicatrizando la herida á los veintiséis. La temperatura, desde el principio, se mantuvo bajo 37,7. Un segundo caso, tratado en enero de 1889, fué el de una fractura compuesta del olécranon, cabeza del radio y húmero, abertura de la articulación del codo con gran lesión de las partes blandas, producido todo por el paso de una locomotora sobre dicha articulación. El olécranon resbaló hacia arriba, causando gran tensión de la piel, siendo necesario extirpar ambas porciones. El tratamiento antiséptico y la cura fué el mismo que en el caso anterior; pero fué necesario, cambiar el apósito á las cuatro horas y otra vez al día siguiente, después de lo cual no se tocaron las partes en treinta días. La temperatura se elevó el día siguiente, permaneciendo en 38 durante tres días, y después se hizo normal.

Refiriéronse otros dos casos, uno de fractura compuesta del dedo hecha veintiún días antes, cuyo apósito no había sido tocado desde entonces no existiendo dolor ni elevación de temperatura; el otro fué el de una fractura compuesta de la primer falange del dedo, curada cuando ocurrió el accidente y no tocada en un mes, al cabo del cual estaba perfectamente consolidada. Se observó que esto fué lo común en estos casos, y aunque se presentó la gangrena las partes permanecían húmedas. (*Bulletin Med. Journal*, mayo 4, pág. 1000.

Tendón injertado; un caso en que dió buen resultado.—En la Sociedad Clínica, el 24 de mayo, el doctor Mayo Robson leyó la historia de un caso en que se injertó un tendón con éxito, habiendo sufrido el paciente una herida grave en el antebrazo y mano que interesaba principalmente el borde cubital. El dorso de la mano estaba enteramente desprovisto de sus tejidos muscular y tendinoso y la palma extensamente lacerada. Deseando preservar el brazo todo lo posible, tomó un pedazo de tendón que colgaba de la parte anterior de la mano, de cuatro y media pulgadas de largo, y lo cosió á los músculos extensores y al

fragmento sobrante del tendón del esternón. La herida fué conservada aséptica, no produciéndose la gangrena. El paciente puede ahora mover bien el brazo, pudiendo dedicarse á sus ocupaciones habituales. Cree el autor que este ha sido el primer caso de injerto de un tendón con éxito, y atribuye el buen resultado al uso de antisépticos, á haber tomado un buen pedazo de tendón inmediatamente, á haber usado sólo una sutura en cada extremo y á no haber empleado tubos de desagüe. (*Lancet*, junio 1.°, página 1085.)

Tubérculo de la mama (Caso de).—En la Sociedad Patológica, el 21 de mayo de 1889, el doctor Samuel P. Shattock dió detalles de un caso de absceso tuberculoso de la mama en una joven de veintiún años, admitida en el hospital de Santo Tomás, en las salas del doctor Mackellan, el 19 de mayo de 1888. Sus padres vivían en buen estado de salud y no había antecedentes turberculosos en la familia. La afección apareció seis años antes bajo la forma de una masa del tamaño de una nuez en el pecho izquierdo. El doctor Mackellan extirpó una parte del pecho con el absceso, incluyendo varias glándulas axilares. Mirado al microscopio algunos cortes de la pared del absceso y de las glándulas caseosas, se vió la naturaleza tuberculosa de la afección. La enferma estaba ahora bien. Sir Astley Cooper, en su obra sobre *La anatomía y afecciones de las mamas* (1845), describe con el nombre de *inflamación escrofulosa* casos indudablemente de afección tuberculosa, siendo curioso el que esta cuestión haya sido tan descuidada por los médicos ingleses. El único caso que ha podido encontrar el autor en los libros ingleses modernos fué uno referido por el doctor Hebb en el último volumen de las *Pathological Society's Transactions*. Aceptado como cierto el aserto de que todo absceso crónico, sea cualquiera el sitio donde ocurriese, era tuberculoso, debía admitirse que la afección tuberculosa de la mama, en una de sus formas al menos, no sería tan excesivamente rara; y no sólo era esto cierto, sino que algunos de los casos tenidos por mastitis crónicas, acompañadas de supuración, debían ser colocados en la misma categoría. El tubérculo del pecho era indudablemente un estado bien conocido por los observadores del Continente, teniendo una extensa bibliografía.

El tubérculo de la ubre de la vaca era, no sólo bien conocido, sino que su importancia higiénica era perfectamente apreciada por los observadores del Continente, describiéndose su histología en los *Virchow's Archiv* de 1877. La leche de estas vacas contenían bacilos, y era un medio dispuesto de infección, según lo demostraron los experimentos hechos sobre animales. Hamilton hace la observación en su obra reciente de patología que era una cuestión por determinar si la ingestión de dicha leche no sería la causa de la tabes mesentérica, tan común en los niños. Tampoco era una cuestión satisfactoriamente resuelta si la leche de una vaca tuberculosa, cuya ubre no tenía tubérculos, era infecciosa. En Inglaterra, el profesor Crookshank ha estudiado últimamente la cuestión de la mastitis tuberculosa en la vaca, y sus resultados se harán públicos pronto. En la vaca la tuberculosis mamaria puede ser primaria ó secundaria, lo mismo que en la especie humana. En el caso del doctor Hebb la enferma, mujer de treinta y nueve años, había tenido ocho hijos, de los cuales cinco murieron tuberculosos y ella misma había padecido durante muchos años hemoptisis. Cuanto hubiera de cierto respecto á la infección en la vaca debe extenderse en la especie humana. Citóse un ejemplo en el que una nodriza tuberculosa, cuya leche contenía bacilos, tomó para criar un niño de padres perfectamente sanos; el niño murió rápidamente de meningitis tuberculosa. Respecto á la histología, el autor hace notar que en la historia de la tuberculosis la definición de Laennec había sido invalidada por la de Virchow, pero creía que ni aun ésta llenaría dentro de poco las condiciones requeridas. La tuberculosis puede existir sin la presencia del tubérculo anatómico, y esto sería cierto si en este último fuera incluído el organismo tuberculoso más simple, lo cual era prácticamente una cuestión microscópica. La histología de la tuberculosis debería limitarse á una inflamación difusa, acompañada por la presencia de células gigantes, estando naturalmente presentes los bacilos en el área inflamada. Aunque aquí era esto casi cierto, no es ésta naturalmente la histología en todos los casos de tubérculos mamarios. (*Lancet*, mayo 25, página 1033.)

AFECCIONES DE LA PIEL, ETC.

Acné frontalis seu-necrótico (Boeck).—Este es el nombre que Boeck, de Cristiania, da al acné varioliformes (Hebra), acné pilaris (Bazin) y acné atrófico (Bulkley). Esta forma de acné, aunque bien conocida por los dermatólogos, lo es poco ó nada por los médicos en general y es una de las formas más raras de afección cutánea. El caso á que se refiere este artículo fué notable por presentarse, no sólo en la cara, sino también en el pecho, cuello y espalda, siendo las lesiones sobre ésta última especialmente bien pronunciadas. Todas las lesiones empiezan por pápulas muy pequeñas, que tienen su origen en la inflamación de un folículo piloso y su vecindad inmediata. Estas pápulas se agrandan lentamente, y cuando alcanzan el tamaño de una lenteja, produciendo alguna tensión en la piel, aparecerán en sus centros unos cuantos pequeños puntos hemorrágicos formando una pequeña y tenue mancha rojo-violácea. Si las pápulas crecen lo bastante para interesar varios folículos, dicha mancha será mayor, de un aspecto punteado y de color violeta brillante. Después de algún tiempo estas lesiones empiezan á deprimirse en el medio, adquiriendo un color moreno-violáceo. Estos cambios son continuos hasta que toda la mancha se deprime, formando sobre la piel un plano circular duro y bien definido, de un color moreno violáceo que lentamente va haciéndose negruzco y presenta el aspecto de un pedazo de piel momificada. La sensibilidad de la mancha queda intacta. Si se quita la superficie con emolientes queda detrás una úlcera granulosa. Cuanto mayor sea la lesión más profundo será este proceso necrobiótico. Esta afección puede reproducirse, y es una especie de gangrena seca de la piel, cuya etiología es desconocida (*New-York Medical Journal*, agosto 17, pág. 192.)

Acné vulgaris.—*Pasta de naftol ó resorcina.*—El tratamiento recomendado por el doctor Isaac, de Berlín (*British Journal of Dermatology*), consiste principalmente en limpiar bien la piel desobstruyéndola de la materia sebácea y reduciendo su excesiva vascularización. Consíguese esto del mejor modo con la aplicación de las pastas de resorcina ó naftol, según las siguientes fórmulas: Naftol,

1 parte; precipitado de azufre, 5 partes; jabón y vaselina, aa. 2 partes. Mézclese y hágase una pasta. Se deja puesta durante media ó una hora todos los días hasta que la piel quede perfectamente limpia y depilada, para lo cual se requieren pocos días. En caso de que la reacción sea demasiado intensa se aplica una parte de ácido salicílico (2 por 100), ó simplemente los polvos. Otra fórmula también muy recomendada es: R. Creta en polvo, 5 partes; naftol, alcanfor y vaselina, aa. 10 partes; jabón, 15 partes; precipitado de azufre, 50 partes. Mézclese y hágase una pasta. Esta preparación no debe aplicarse más de un cuarto de hora. La resorcina fué usada en 50 casos con resultados muy satisfactorios, aplicándose también en forma de pasta blanda. R. Resorcina, óxido de zinc, almidón, aa. 5 partes; vaselina, 10 partes. Mézclese y hágase una pasta blanda. Isaac ha encontrado recomendable empezar con un ungüento menos concentrado (10 por 100), y gradualmente ir aumentando su concentración si fuese necesario.

Es importante tener presente que el acné suele simplemente ser un síntoma de una alteración de los órganos internos, pues es muy probable que las glándulas sebáceas, que se inflaman por eliminar cantidades superfluas de bromo y iodo, sirvan también para eliminar otros cuerpos irritantes del organismo. De este modo se explica satisfactoriamente el efecto del queso, la cerveza y el café sobre la piel, y la necesidad de proscribir dichos irritantes suficientemente probados. (*Medical Chronicle*, septiembre, página 493.)

Afecciones cutáneas inflamatorias agudas (Acido pícrico en las).—El doctor G. Calvelli (*Gaz. degli Ospitali*, enero 27 de 1889) habla, encomiándolo, del efecto del ácido pícrico en los estados inflamatorios de la piel. Unta la superficie afecta, de cinco á diez veces al día, con una solución acuosa saturada (un gramo y medio de ácido pícrico por 250 de agua). Ha encontrado este método (combinado con las inyecciones hipodérmicas de quinina) de excelente resultado en las erisipelas, aun cuando la temperatura fuera muy alta y los síntomas muy graves, modificándose en seguida favorablemente la tensión y dando lugar á un edema no doloroso á las doce ó veinticuatro horas. En varios casos en que la afección era

errante, este efecto se produjo infaliblemente con la aplicación del ácido pícrico en cada punto nuevamente atacado. En un caso de linfangitis de la pierna y muslo, acompañadas de necrosis gotosa de los huesos del tarso, desaparecieron la rubicundez y el dolor después de una aplicación. En muchos casos de eczema y eritema se obtuvo del mismo modo alivio del dolor tensivo y rápida curación. El doctor Calvelli cree que el ácido pícrico actúa primero como un barniz protector y también como un astringente de los vasos de la red de Malpigio. Que el ácido pícrico es absorbido por la piel, lo considera probado por el hecho de que en ciertos casos en que las inyecciones de quinina produjeron supuración, se encontraron pequeños abscesos que contenian pus de un color amarillo intenso. (*British Med. Journal*, 23 marzo, pág. 678.)

Alopecia areata. — *Tratamiento antiparasitario de Lassar.*—Lassar, de Berlín, publicó en 1882 una relación de algunos experimentos que tendían á demostrar que la alopecia prematura era contagiosa y que podía ser curada con antiparasitarios. En este artículo (*Therap. Monatschrift*, 1888, núm. 12) insiste todavía sobre el contagio de la calvicie ordinaria, y su propagación por medio de los utensilios que usan los barberos y el empleo de un solo peine para muchas personas. Aun cuando todavía no se ha encontrado en la alopecia un parásito definido, Lassar cree que hay uno y que ya se encontrará. No cree que la alopecia areata es una neurosis, aunque admite su posibilidad en algunos pocos casos, creyendo que la mayoría de ellos son debidos al contagio. En los últimos años ha visto muchos cientos (?) de casos de alopecia areata, muchos de los cuales lo fueron en oficiales de la misma peluquería, alumnos de una escuela ó poseedores de perros ó gatos con iguales manchas de calvicie. Creyendo en el origen parasitario de la alopecia, dicho autor ha tratado más de mil casos por medio de un tratamiento antiparasitario con gran éxito. Su método es el siguiente: Durante seis ú ocho semanas se lava el pelo diez minutos cada día con un jabón que contenga mucha brea (de Berges), el cual es después quitado con agua caliente seguida de fría; después de secar bien la cabeza se unta lo siguiente: R. Bicloruro hidrargírico soluble (un tercio de la solución al 1 por 100),

glicerina y agua de Colonia, partes iguales. Esto es quitado con alcohol absoluto que contenga 1 por 100 de naftol, y después vuelve á untarse: R. Acido salicílico, 1 gramo; tintura de benzoina, 75 centigramos; aceite de pies de buey, 100 gramos. Mézclese. Después de seis ú ocho semanas esta operación no se repite tan á menudo. En casos pertinaces la solución de sublimado puede usarse muchas veces al día ó aplicarse lo siguiente: R. Acido fénico, 75 centigramos; azufre sublimado, 3 gramos; grasa de cuello de caballo, 60 gramos. Mézclese. Otro buen estimulante es el aceite de trementina, solo ó diluído en alcohol. También es bueno: Hidroclorato de pilocarpina, 1,50 gramos; vaselina, 15 gramos; lanolina, 60 gramos; aceite de espliego, 25 gotas. Mézclese. Por último, tenemos la siguiente fórmula: R. Hidroclorato de pilocarpina, 1,50 gramos; hidroclorato de quinina, 2 gramos; precipitado de azufre, 5 gramos; bálsamo del Perú, 15 gramos; médula de buey, añádase 100 gramos. Mézclese. (*New-York Med. Journal*, agosto 17, pág. 192.)

Alopecia furfurácea prematura.— *Tratamiento.* —El doctor Oscar Lassar ha publicado en el *Therapeutische de Monatshefte* una tesis interesante sobre la naturaleza y tratamiento de la alopecia prematura furfurácea. Esta forma de calvicie, la más común de todas, es, según el autor, excesivamente contagiosa y puede experimentalmente comunicarse del hombre á los animales inferiores, mientras que cada día es inconscientemente propagada entre toda clase de personas. Aun no ha podido aislarse ningún organismo específico, pero se da un número de casos para probar la naturaleza contagiosa de la afección. El siguiente tratamiento es recomendado como eficaz en la mayoría de casos: El pelo es diariamente lavado con brea ó cualquier otro jabón durante diez ó quince minutos, después de lo cual se echa sobre la cabeza gran cantidad de agua, untándose luego las siguientes lociones: 1.ª Percloruro hidrargírico ($^1/_2$ por 100), 150 partes; glicerina y agua de Colonia, aa. 50 partes. 2.ª Naftol, 1 parte; alcohol absoluto, 200 partes. Después de secar bien la cabeza debe usarse la siguiente pomada: Acido salicílico, 2 partes; tintura de benzoina, 3 partes; aceite de oliva, hasta 100 partes. La curación puede tardar seis ó más semanas,

debiéndose tener gran cuidado respecto al uso de peines y cepillos. *(British Medical Journal,* agosto 3, pág. 219.)

Ectima (Tratamiento del), por el doctor Renault. —Es cosa sabida hoy que las pústulas de ectima se inoculan en las regiones vecinas. El tratamiento de esta afección, tan tenaz antes de ahora, está basado en el conocimiento de este hecho, y solamente dura algunos días, gracias al aislamiento de cada pústula.

Se procede de la manera siguiente:

Medicación externa. — Aplicar cataplasmas emolientes hasta que caigan las costras que recubren las pústulas. Después de la caída de éstas se recubren cada una de las úlceras subyacentes con un pequeño redondelito de emplasto de Vigo, que solamente se debe cambiar cada tres días, á menos que la supuración no le desprenda antes. El botonamiento y la cicatrización se verifican entonces rápidamente.

Medicación interna y régimen.—Se prescribe al enfermo un régimen analéptico, compuesto de carnes á medio hacer, legumbres verdes y vino generoso. Es con frecuencia útil adicionar las preparaciones de hierro y de quina, pues los individuos que padecen el ectima están generalmente caquécticos ó por lo menos muy debilitados. *(Rev. gen. de Chir. et de Thérap.*, 1889.)

Eczema (Tratamiento local del).—El gran desiderátum en la curación del eczema es el tratamiento externo apropiado. Tengo la costumbre de prescribir este ungüento, que en muchos casos obra como un específico: R. Subnitrato de bismuto, 8 gramos; óxido de zinc, 2 gramos; ácido fénico líquido, 1 gramo; vaselina, 60 gramos. Hágase un ungüento. Algunas veces varío la prescripción de este modo: R. Subnitrato de bismuto, 4 gramos; óxido de zinc, 1 gramo; glicerina (de Price), 3 gramos; ácido fénico líquido, 20 gotas; vaselina, 15 gramos. Hágase un ungüento. Este último ungüento bien batido, formando una preciosa crema, obra como un bálsamo sobre la piel irritada.

Cuando las punzadas constantes y una gran irritación perturba el descanso del enfermo por la noche, he encontrado esta loción inapreciable: R. Subnitrato de bismuto, 2 gramos; glicerina (de Price), 8 gramos; ácido fénico lí-

quido, 12 gotas; agua de rosas, 30 gramos. Agítese y aplíquese con un pincel de pelo de camello.

Por el día, cuando por las ocupaciones no se pueda aplicar el ungüento, será conveniente este polvo: R. Subnitrato de bismuto, óxido de zinc, cimolita, aa. partes iguales. Pulverícese.

En casos más crónicos, el famoso *Unguéntum Metallórum* aun se emplea con éxito. Consiste en: Ungüento de zinc, ungüento de acetato de plomo, ungüento de nitrato hidrargírico, aa. partes iguales. Mézclese. Este ungüento lo suelo variar en algunas ocasiones, sustituyendo el precipitado blanco por el nitrato de mercurio.

El enfermo no debe lavarse con jabón ni con las mezclas usuales de salvado en agua caliente, leche y agua, manteca, etc., etc., pues todos estos medios caseros no hacen más que entorpecer y retardar el tratamiento curativo. El lavado persistente predispone al eczema, secando la piel y quitándole sus secreciones untuosas, que tanto contribuyen á su blandura y suavidad. (Doctor D. Mackintosh, *Practitioner*, julio, pág. 7.)

Eczema.—*Tratamiento del doctor Unna (Monats für Dermatologie).*—En una tesis sobre el diagnóstico, etiología y tratamiento del eczema, el doctor Unna dice que, aun antes del cultivo experimental de los bacilos, la observación clínica exacta había distinguido un número de tipos enteramente distintos de eczema, creyendo que cada tipo diferente requería un método de tratamiento también diferente. El tipo más frecuentemente observado en Hamburgo es el eczema seborreico, siendo el parásito que lo produce el mismo que en el primer ejemplo produce la pitiriasis capitis. Aquellas personas que padecen eczema seborreico de la cabeza, incluso las afectadas de pitiriasis capitis, son aptas para sufrir la misma clase de eczema en otras partes de la piel. El doctor Unna ha hecho notar repetidas veces que poseemos una serie de remedios útiles para el tratamiento de todas las formas del eczema seborreico; por ejemplo, el azufre, la resorcina, crisarobina y pirogallol. De todos estos remedios la resorcina es la mejor, pudiéndose usar en solución acuosa ó alcohólica, ó en forma de ungüento, pasta, jabón ó polvos. La fórmula favorita del doctor Unna es una solución de 6 gramos de

resorcina, finamente pulverizada, con una cantidad igual de glicerina en 180 gramos de espíritu de vino diluído en cuatro veces la cantidad de agua. Se aplica una tenue capa de algodón en rama bien empapada en la solución, la cual se cubre con una sustancia impermeable que á su vez se sujeta con un vendaje. Estas aplicaciones son particularmente útiles cuando se prolonga el tratamiento ó cuando hay que seguirlo por la noche. Son naturalmente imposibles en el eczema general de los adultos, pero no en el de los niños. El doctor Unna describe un efecto muy importante que produce la aplicación de la resorcina, á saber: una inflamación de la epidermis, con la que todas las fisuras dolorosas cicatrizan en una sola noche. Para asegurar la cicatrización aconseja el untar la piel después de quitar el vendaje, suprimiéndose el lavado con jabón. Algunas personas padecen una idiosincrasia contra la resorcina que requiere la supresión inmediata de este tratamiento y la aplicación de polvos á las partes afectas. Esta idiosincrasia es, sin embargo, muy rara, pues sólo se vió 10 veces en cinco años de observación durante cuyo tiempo se observaron 2.000 casos. Observó que su tratamiento no es aplicable á aquellos casos de eczemas muy antiguos, en los que haya manchas muy infiltradas ó induradas. (*Lancet*, agosto 17, pág. 3281.)

Eczema crónico (Tratamiento del).—El doctor Lawrence ha obtenido magníficos resultados en el tratamiento de algunos casos de eczema inveterado, rebelde á varios medicamentos, con el uso de baños de 7 á 11 decigramos de permanganato de potasa disuelto en la suficiente cantidad de agua para un baño. En los casos de eczema crónico localizado, recomienda dar pinceladas en la parte con una solución de 5 decigramos de permanganato de potasa en 30 gramos de agua. La curación se presenta generalmente entre los diez y quince días. (*Journal de Sciencias medicas de Lisboa*, 1889.)

Eczema escamoso del dorso de la mano.—Esta afección, cree Unna (*Montshft. f. p. Derm.*, 1889) que es una forma seborreica de eczema. En la mayoría de los casos, dice, existirá al mismo tiempo una afección seborreica de otras regiones (pitiriasis capitis, un estado untuoso de la cara, un eczema intertriginoso, etc.).

Respecto al tratamiento, recomiéndase cubrir la parte afecta con una tenue capa de algodón empapado en la siguiente solución: Resorcina y glicerina, aa. 10 partes; alcohol diluído, 180 partes; la cual se diluye en partes iguales de agua al tiempo de usarse, aplicándose por la noche, y envolviendo la parte en un gran pedazo de tejido de gutapercha para conservar la humedad toda la noche. Por la mañana se aplica una pasta de óxido de zinc con ó sin azufre, brea ó resorcina, que se renueva una ó dos veces durante el día. Para lavarse las manos el paciente usará sólo agua caliente sin ningún jabón grasiento. (*New-York Medical Journal*, agosto 3, pág. 136.)

Erisipela (Tratamiento de la).—El doctor Behreng, médico de la prisión correccional de Sagaus, emplea el alcohol á 90 grados para combatir la erisipela de la cara, muy frecuente en los detenidos en aquel establecimiento. En cuanto aparecen los primeros síntomas hay que hacer lavatorios tres veces al día de la parte afecta y tejidos adyacentes. Este tratamiento detiene inmediatamente la afección local, y á los tres ó cinco días la curación es completa (*Berlin Klin. Woch.*, 1889).

El doctor Calvelle combate la erisipela con el ácido pícrico, haciendo embadurnamientos con:

Acido pícrico	1,50 gramos.
Agua	250,00 —

é inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina. De las doce á las veinticuatro horas la hinchazón disminuye, así como el dolor. En los casos más graves son reemplazados por un edema indoloro. El ácido pícrico es absorbido, porque el autor ha observado la coloración amarilla del pus. La solución de ácido pícrico desempeñará el papel de un barniz protector y modificará la circulación periférica provocando la vaso-constricción. (*Ann. de Thérapeutique*, 1889.)

Eritema, intertrigo ó escocido de los niños de pecho (Tratamiento del).— El doctor Olavide sienta bases terapéuticas que difieren mucho de la conducta seguida de ordinario para la curación de esta dermatosis. Censura la práctica de los lavatorios repetidos, que producen escozor y hacen llorar rabiosamente al niño,

y que sólo contribuyen á enrojecer la parte enferma, llegando á producir sangre.

Desecha por inútiles unas veces, y perjudiciales las más, todas las pomadas astringentes, y expresa sus opiniones con los términos siguientes: «Con no lavar la superficie eritematosa durante dos ó tres horas, y aplicar en ella polvos de almidón siempre que se vea mojado el niño por el orín, se cura el escocido rápidamente aunque tenga mucha extensión y antigüedad.

«Por lo tanto, cuando se cree que el niño empieza á escocerse debe proscribirse el lavatorio y aplicar á puñados los polvos emolientes, dejando el uso de otros remedios y pomadas para el caso en que este eritema artificial se transforme *in situ* en otra dermatosis diatésica ó discrásica, es decir, en una escrofúlide, cosa que no es demasiado frecuente, pero que puede ocurrir».

Si la enfermedad no obedece inmediatamente, hay que temer su transformación en escrofúlide. Si las lociones transforman el eritema en eczema rúbrum, ó sea en una dermitis más exudativa, debe seguirse el mismo plan suprimiendo las lociones, y cuando sea muy marcada la rebeldía para ceder á los polvos emolientes, se puede autorizar el uso de las pomadas astringentes de bismuto, óxido de zinc ó precipitado blanco, y mejor la brea y la glicerina.

Cuando por el mal tratamiento, ó por las condiciones individuales del eritema, se transforme en escrofúlide exudativa, debe emplearse un plan antiescrofuloso, haciendo aplicaciones locales de aceite de enebro puro ó formando pasta con subnitrato de bismuto. En caso de ser escrofúlide seca ó poco exudativa, deben hacerse una vez al día ligeros toques con tintura alcohólica de iodo. (*Revista Clínica de los Hospitales*, 1889.)

Estados precancerosos de la lengua. — En la Sociedad Harveian, el 14 de marzo de 1889, el doctor Butlin, en su tesis sobre esta cuestión, trató principalmente estos tres puntos: 1.°, la proporción de casos de cáncer de la lengua en que la afección fué precedida por un estado canceroso bien caracterizado; 2.°, la importancia relativa de varios estados precancerosos; 3.°, la cuestión de la pronta y completa extirpación de algunos estados precancerosos. En un cierto número de casos observados por el autor, el

cáncer de la lengua ha ido precedido de un estado precanceroso en lo menos el 70 por 100. Las verrugas fueron al parecer el más peligroso de los estados que actual é inmediatamente precedieron al cáncer, siendo dichas verrugas mucho más frecuentes de lo que generalmente se ha creído. Se suscitó la cuestión de si sería conveniente, en casos de leucoma y glositis superficial crónica, en la que existen verrugas sobre la superficie de la lengua, extirpar toda el área enferma de la lengua ó la porción anterior del órgano en lugar de extirpar simplemente la verruga y un área del tejido circunvecino.

Refiriéronse dos casos en que se formaron neoformaciones verrugosas sobre las lenguas leucomatosas, extirpándose, y en los que más tarde se desarrolló el cáncer, pero no en el sitio donde se habían extirpado las verrugas. El uso interior del licor arsenical fué recomendado en todos los casos de afección crónica de la superficie de la lengua, asociado con varias formas también de afección crónica del tegumento en general (no específica). Relatáronse varios casos para demostrar la ventaja de la extirpación de las afecciones cancerosas recientes de la lengua. (*British Med. Journal*, abril 6, pág. 777.)

Foliculitis destructiva (Calvicie resultante de la).—En una sesión de la Sociedad Médico-quirúrgica de Edinburgo, el 5 de junio de 1889, el doctor Cellan Jamieson presentó un hombre de treinta y dos años que padecía una forma especial de calvicie, indudablemente resultado de una foliculitis que se extendía de un centro común. Este era el segundo caso de esta clase que había visto, siendo el primero una niña que también había exhibido á la Sociedad. El caso presente, cuando tenía cinco años, padeció una afección pustulosa de la cabeza, habiendo tenido desde entonces ataques repetidos de inflamación folicular seguidos por la pérdida del pelo sobre las partes afectadas. En la parte posterior del cuello ocurrió esto mismo, extendiéndose gradualmente y dejando una parte calva con un aspecto cicatricial. Con el uso de ungüento de azufre, amoniaco y mercurio se paralizó el proceso, no cayéndose más pelo. El que primero llamó la atención sobre este estado fué Quincke, que lo describió como una *foliculitis destructiva*, siendo frecuente esta misma afec-

ción sobre las mejillas, causando una forma de sicosis. Había razón para creer que debía existir una forma aun más ligera, en la que apenas hubiera pústulas y que ha sido confundida con la alopecia areata. Aparentemente los remedios antiparisiticidas dieron excelente resultado, pues la niña se puso bien con los mismos ungüentos y el hombre los estaba usando. Quincke describió un microbio que, cultivado y restregado sobre la piel de una rata, produjo una calvicie del mismo carácter. (*Edinburgh Medical Journal*, octubre 1.°, pág. 363.)

Herpes circinatus (Opiniones de Butle, Quinquaud, Besnier y Vidal sobre el).—En el Congreso Internacional de Dermatología y sifiliografía habido en París en agosto de 1889, el doctor Butle, de París, refirió el método empleado por Quinquaud y él en el tratamiento de la tiña tonsurans. Consistió simplemente en la aplicación de un ungüento al 1 por 100 de portocloruro de iodo y lanolina.Cada dos días la cabeza es regada con agua caliente, y después de secada se frota durante algún tiempo con este ungüento. Con este medio es posible curar el herpes circinatus de la cabeza en pocos meses sin necesidad de recurrir á la epilación. El doctor Quinquaud, de París, dice que con este método ha obtenido excelentes resultados. Otro plan es cortar el pelo muy corto, lavarse bien la cabeza todas las mañanas y aplicar después una loción de: biioduro de mercurio, 15 centigramos; bicloruro de mercurio, 75 centigramos; alcohol, 20 gramos; agua destilada, 250 gramos. Después de esto las partes afectas son raspadas con una cureta de una forma especial. Al cabo de una semana, durante cuyo tiempo puede repetirse una ó dos veces este procedimiento, se arrancan los pelos con gran facilidad y sin apenas dolor alguno. El raspado es repetido cada una ó dos semanas, y en los intervalos se aplica un emplasto de ioduro y bicloruro de mercurio. Así se obtuvo una curación en tres ó cuatro meses. Los niños generalmente soportan perfectamente el raspado. El doctor Besnier, de París, preguntó si un tratamiento tan vigoroso no produciría una dermatitis bastante activa, pues había visto varios casos de alopecia parcial consecutiva á una dermatitis causada por un tratamiento demasiado activo de dicha afección. Su plan es cortar el pelo corto, depilar á alguna

distancia al rededor del sitio de la afección y después aplicar vaselina boratada. La cabeza es lavada todas las mañanas con agua de salvado antes de aplicar el ungüento. El doctor Vidal, de París, dijo que era muy fácil destruir el tricofitón cuando tenía asiento en partes desprovistas de pelo, pues siendo superficial, cualquier cosa que extirpase la epidermis extirparía también el parásito. Pero cuando el tricofitón había penetrado dentro de los folículos pilosos, entonces era otra cosa. La depilación la consideraba inútil, porque si el pelo estaba enfermo se rompería siempre, extrayéndose sólo la parte sana. Haciendo algunos experimentos para determinar la naturaleza de este parásito ha observado que era *aërolico*, y por lo tanto morirá si se le priva de oxígeno, lo cual puede conseguirse cubriendo simplemente la parte con vaselina. Ha usado un ungüento de iodo y vaselina (1-100) que aplicaba todos ó cada dos días, y lo cubría luego con un tejido de gutapercha, obteniendo muy buenos resultados. (*New-York Medical Record*, septiembre 14, pág. 301.)

Leukoplakia buccalis (Uso del bálsamo del Perú en la). — Rosenberg, en el *Journal of Cut. and Genito-Urin Diseases*, basa un artículo relativo á este asunto en la observación de 13 casos, observados principalmente en la clínica de Lassar, en Berlín. El tratamiento consiste en untar las partes afectas con bálsamo del Perú puro. Los puntos dolorosos y agrietados son untados con un cepillo blando, mientras que los sitios insensibles se friccionan con un pincel fuerte. Estas fricciones deben hacerse una ó tres veces al día por el mismo paciente. Después de cada aplicación el bálsamo debe ser retenido en la boca lo menos de tres á cinco minutos. Las aplicaciones provocan siempre una ligera sensación quemante y una abundante salivación. Es, sin embargo, necesario que el paciente resista durante algunos minutos el deseo de escupir. Otras dos condiciones indispensables para el éxito son el empleo de un medicamento de buena calidad (el bálsamo del Perú suele con frecuencia estar adulterado) y una suficiente perseverancia en el tratamiento, según las exigencias de cada caso. Los dolores suelen desaparecer á los pocos días, obteniéndose á veces la curación en unas cuantas semanas. En otros casos hay que prolongar mucho más el

tratamiento. El mismo autor tuvo esta afección, teniendo necesidad de hacer uso de la aplicación durante quince meses (una vez al día) para poder curar definitivamente dos puntos de leukoplakia, uno de los cuales estaba situado sobre la lengua y el otro en la membrana mucosa de la cavidad bucal, debajo del carrillo. De 9 casos así tratados el doctor Rosenberg curó 8, y hasta el presente sin que ni uno solo se haya reproducido. El caso noveno fué sólo aliviado. (*Practitioner*, junio, pág. 457.)

Liquen.—*Su tratamiento por el petróleo.* —El doctor Constantino Paul recomienda la siguiente fórmula para un *jabón de petróleo* en *L'Abeille Médical* del 30 de abril de 1889. R. Jabón, 100 gramos; petróleo, 50 gramos; alcohol, 50 gramos; cera, 30 gramos. Mézclese. Dos ó tres aplicaciones diarias bastan para curar en uno ó dos días. Esta preparación también se cree es útil en la tiña tonsurans. (*New-York Médical News*, junio 8, pág. 629.)

Lupus vulgaris. — *Tratamiento.* — Aquí, como en otros casos, la teoría de la afección indudablemente tiene alguna influencia sobre su tratamiento. No olvido los beneficios algunas veces obtenidos con el uso del etilato de sodio, ácido salicílico ó el nitrato de plata sólido; sólo deseo recordaros que un número considerable de casos no se curan con dichas sustancias, ni aun con el raspado con la cucharilla de Volkmann. Todos habéis tenido casos en los que se han necesitado varios raspados y sesiones con el cauterio actual antes de que se curase el lupus, teniendo que deplorar una deformidad consecutiva. Para mí es aún dudoso si debemos ó no, en el lupus recurrente, separar la piel afectada. Tengo ahora en observación dos casos, cada uno de los cuales ha sido raspado y consecutivamente cauterizado con el instrumento de Paquelin media docena de veces; en ambos, además de una escama fea sobre la cara, hay una considerable eversión del párpado inferior. En casos parecidos que observe en el porvenir, ya sea en la nariz ó en la mejilla, si no obtengo resultado con lo anterior, extirparé el tejido afecto y trataré de reparar la solución de continuidad producida con una operación plástica antes de que ésta se cicatrice, esperando así curar el lupus y evitar la deformidad que suele ocurrir tan frecuentemente. En 4 casos de lupus que no afectaban la cara he

extirpado la parte anormal, teniendo cuidado de interesar, no sólo la verdadera piel, sino todo el tejido subcutáneo, y en ninguno se ha reproducido. (Dr. H. Gilbert Barling, página 366.)

Nuevos remedios en las afecciones cutáneas.—Schwimmer ha publicado últimamente en el *Wiener Medizinische Wochenschrift* los resultados que ha obtenido en ciertas afecciones cutáneas con el uso del salol, ácido oxinaftoico, salicilato de mercurio y antrarobina. El salol, mezclado con almidón en la proporción de dos por uno, lo cree un remedio muy eficaz en todas las formas de úlceras venéreas y en los bubones á ellas consecutivos. El iodoformo parece tener una acción más rápida, pero el salol tiene la ventaja de ser inodoro. Esta ventaja también parece útil en ciertos estados de la membrana mucosa vesical, cuando se da interiormente en dosis de 2 á 4 gramos, distribuídos en el día. El ácido oxinaftoico no dió buen resultado en los casos venéreos, obrando como un irritante. En el liquen, sin embargo, no irritó, siendo un remedio eficaz. Puede mezclarse con cal y jabón blando el 10 por 100 de cada uno con manteca. Obró bien en el eczema secundario del liquen, aliviando el escozor y el prúrigo. El salicilato de mercurio no tiene superioridad sobre los remedios ordinarios usados en la gonorrea y úlceras venéreas. Dado interiormente, en dosis de 5 á 7 centigramos, fué un medicamento antisifilítico eficaz, aunque puede causar irritación intestinal y estomatitis. La antrarobina no produjo efecto benéfico alguno en la psoriasis, pero en el herpes tonsurans, eczema marginatus y pitiriasis versicolor obró bien mezclado con colodion en la proporción de 1 por 10. (*British Medical Journal*, junio 29, pág. 1415.)

Prúrigo (Del uso interno del ácido fénico en el).—El doctor Bertolus ha dado cuenta en una tesis de las experiencias que ha hecho en el servicio del doctor Augagneur sobre el tratamiento de las enfermedades de la piel por la administración del ácido fénico al interior.

Este medicamento, útil en el prúrigo y en ciertas variedades de eczemas de tipo liquenoideo, debe reservarse para las afecciones pruriginosas de origen nervioso, porque no da resultado en las afecciones parasitarias y cuando existen lesiones anatómicas.

Las conclusiones del autor son las siguientes:

1.ª El ácido fénico al interior es un excelente medicamento en el prurito de Hebra. No solamente le disminuye, sino que obra también sobre el elemento papuloso.

2.ª Modifica favorablemente los eczemas poco húmedos, liquenoideos.

3.ª Parece obrar sobre las extremidades nerviosas.

La dosis cotidiana es de 30 á 50 centigramos en los niños y de 40 á 80 centigramos en los adultos. Estas dosis, de las que no hay que pasar, pueden darse durante mucho tiempo sin ningún inconveniente. (*Ann. de Thérap.*, 123, 1889.)

Prurito senil (Tratamiento del). — El doctor Besnier recomienda los compuestos salicílicos en el prurito doloroso de los viejos, haciendo notar, sin embargo, que para obtener buenos resultados de este tratamiento es ventajoso adoptar la técnica siguiente:

1.ª Aconsejar los baños con agua, con almidón ó con agua de salvado.

2.ª Locionar todas las tardes la superficie del cuerpo con agua caliente á 40 grados, adicionada con dos cucharadas de la solución siguiente:

Acido fénico	4 gramos.
Vinagre aromático	200 —

3.ª Espolvorear en seguida con la mezcla siguiente:

Salicilato de bismuto	20 gramos.
Almidón	90 —

O bien:

Acido salicílico finamente pulverizado	10 gramos.
Almidón	90 —

En una de sus lecciones recomienda Besnier aplicar estos polvos mediante ligeras fricciones sobre la piel de las regiones enfermas. (*Gazette hebdomadaire*, 12 abril de 1889.)

Pruritus é irritabilidad cutánea.—*Un método de tratamiento.*—El prurito, ya se presente acompañando á alguna otra afección, ó se manifieste como un síntoma sin causa tangible, suele con frecuencia agotar los recursos del práctico sin conseguir poderlo dominar. En tres casos últimamente á mi cuidado he usado con excelentes resultados

un cono compuesto de manteca de cacao impregnado en cocaína (2 por 100), el cual es untado sobre la parte afecta. El calor de la piel derrite la manteca, formándose una cubierta emoliente sobre la parte irritada. Estos conos se venden encerrados en cajitas herméticamente cerradas, que pueden llevar los enfermos en el bolsillo dispuestas para usarlas en cualquier momento (MMr. Reynolds and Brauson, of Leeds). En las afecciones irritables de la piel, en el prurito y varias formas de hiperestesia, este preparado da buen resultado, teniendo su uso grandes ventajas sobre las aplicaciones ordinarias. Aunque conteniendo cocaína, considero el modo como la manteca de cacao se extiende sobre la parte afectada como uno de los principales factores en el proceso curativo. Es un método de aplicación tópica capaz de ulterior desarrollo. (Dr. Norman Porritt, *Brit. Med. Journal*, julio 27.)

Pruritus.—*Su tratamiento por el mentol.*—El doctor Saalfeld (*Deutsche Med. Wochenschrift*) publica las siguientes fórmulas para usar el mentol en las afecciones pruríticas: 1.ª, mentol, 1 á 1,50 gramos; espíritu de vino rectificado, 45 gramos; mézclese y hágase una loción; 2.ª, mentol, 1,50 gramos; aceite de oliva, 4 á 6 gramos; lanolina, 45 gramos; mézclese y hágase un ungüento; 3.ª, mentol, 2 gramos; bálsamo del Perú, 5 gramos; ungüento de benzoato de zinc, lanolina pura, aa. 60 gramos; mézclese y hágase un ungüento. (*Medical Chronicle*, junio, pág. 222.)

Psoriasis (Ioduro de potasio en la).—El método de Haslund para tratar la psoriasis por grandes dosis de ioduro potásico ha sido ensayado en Italia por el doctor Barduzzi en tres casos. En cada uno de estos casos la afección llevaba de existencia más de veinte años, afectando casi todo el cuerpo. Se ensayaron dándoles interiormente el ácido arsenioso, el arseniato de potasa, el sulfato de cobre, el ácido erisofánico, etc., etc., y externamente el aceite de enebro, el aceite de brea, el ácido pirogálico, la resorcina, la crisarobina, el naftol, etc., obteniéndose mayor ó menor beneficio temporal. El doctor Barduzzi empieza dando un gramo de ioduro de potasio al día, y aumenta otro gramo cada cinco días, hasta tomar 7 gramos en las veinticuatro horas. En el primer caso hubo una gran mejoría, que duró diez y ocho meses; en el segundo no hubo, en siete

meses, ningún signo nuevo de erupción, y se hizo tomar al paciente un gramo do ioduro diariamente durante doce días cada mes, sólo como medida de precaución; en el tercero la mejoría empezó á manifestarse al cabo de una semana, y á los cuarenta y dos días la hiperplasia había desaparecido por completo y la curación se mantuvo aún cinco meses más tarde. Debe mencionarse que en el segundo caso las aplicaciones de crisarobina, y en el tercero de traumaticina y resorcina, unido á los baños alcalinos, fueron usados los últimos días de tomar el ioduro. El doctor Paolo Luciani ha referido recientemente un caso en el que curó una psoriasis inveterada por el método de Haslund. El paciente era un hombre de cincuenta y tres años, que llevaba treinta y tres con la afección. Todo el cuerpo estaba afectado, habiéndose ensayado inútilmente varios tratamientos. El doctor Luciani empezó el tratamiento por el ioduro potásico el 9 de noviembre, dando al principio 3 gramos en 100 de agua al día, y gradualmente aumentó la proporción hasta el 18 de noviembre, que llegó á dar 15 gramos al día. El 30 de noviembre, hasta cuya época se continuó dando la última dosis, el enfermo estaba curado. Durante el curso del tratamiento, que duró veinte días, no se observó signo alguno de iodismo, el apetito y la digestión mejoraron y no se encontró albúmina en la orina. Los latidos cardíacos llegaron á 100, un hecho que también fué observado por Haslund. Los efectos benéficos del medicamento empezaron á manifestarse una semana después de comenzado el tratamiento. Mientras el paciente estuvo tomando el ioduro se hicieron por mañana y tarde aplicaciones de creolina (1 $^1/_2$ á 5 partes en 110 de vaselina) sobre el tronco, cuello y cabeza; dos de ictiol (50 partes en 100 de vaselina) á las extremidades. La creolina parece que dió mejor resultado que el ictiol. Después de veinte días de tratamiento hubo una acentuada mejoría en el estado del enfermo: la erupción, lo mismo la reciente que la antigua, habían casi desaparecido; las manchas adherentes se deprimieron, viéndose en su lugar otras blanquecinas. La mejoría continuó hasta que el enfermo abandonó el hospital, y el doctor Luciani dice que lo vió algunos días antes de la fecha de escribir su historia (27 de mayo), no observándose en su cuerpo indicio alguno de la psoriasis que

tantas molestias le habia causado durante treinta y tres años. Como medida de precaución se le mandó tomase el ioduro de potasio durante otros quince dias. (*British Med. Journal*, mayo 15, pág. 1142.)

Psoriasis inveterada (Tratamiento de la), por el profesor Barduzzi.—Después de recordar este práctico la ineficacia de muchos remedios, aun de los más recientemente recomendados contra la psoriasis inveterada, refiere los resultados que ha obtenido en estos casos con el ioduro de potasio. Ha empleado este remedio, usado ya por Greve Bock y Haslund, en tres casos de psoriasis inveterada difusa universal de veinte años de existencia. En estos casos se habian usado al interior el ácido arsenioso, el arseniato de potasa, el ácido crisofánico, y al exterior el aceite de enebro, de brusco, de alquitrán, la crisorobina, el ácido pirogálico, la resorcina, el naftol, etc. El ioduro de potasio se administró á la dosis de 1 á 7 gramos al dia, y en los tres casos el resultado fué excelente, no tratándose en ninguno de sifílide hereditaria (*Archivio della Riforma Medica*, 1889.)

Sarna (Tratamiento de la).—El doctor Kaposi (de Viena) recomienda contra la sarna la fórmula siguiente:

Naftol	5 gramos.
Jabón negro	50 —
Creta pulverizada	10 —
Grasa	100 —

Dos fricciones al día.

Los parásitos mueren inmediatamente; las erupciones múltiples, y sobre todo el eczema escabiginoso, que tan á menudo complica la sarna, se curan rápidamente, á veces al día siguiente.

Esta pomada no tiene mal olor ni mancha la ropa, pudiendo reemplazar á las que ordinariamente se emplean, que no gozan de las mismas ventajas aun poseyendo las mismas propiedades. (*Ann. de Thérap.*, 130, 1889.)

Sicosis.—*Tratamiento.*—El doctor Jackson (*Journ. of Cut and Genito-Urin. Dis.*), como resultado de su práctica en el tratamiento de la sicosis, da el siguiente aviso: En casos agudos en que hay muchas pústulas, depilar ó la *cureta* y aplicar el ungüento de ácido bórico ó la pasta de

Lassar con ácido salicílico. Dar medio centigramo de sulfato de cal en tabletas cada una ó dos horas, pero teniendo cuidado de suspenderlas si se presentase un brote agudo de pústulas para seguirlo dando después de pasar aquél. En casos subagudos donde no hay tantas pústulas, pero más rubicundez, depilar ó la cureta y usar el ungüento de Brouson, ó uno de azufre, brea ó cualquier otro estimulante.

También se pueden usar las fricciones con jabón seguidas de la aplicación de un ungüento protector. En casos crónicos depilar ó la *cureta*, ó aplicar prudentemente una solución de potasa cáustica á las partes afectas. Localmente deben emplearse ungüentos fuertes ó soluciones de brea siempre que no se haya usado la potasa cáustica, pues en este caso sólo conviene hacer una cura simple.

El uso de la brea y alcohol, según propone Pick, de Praga, ha dado muy buen resultado en algunos casos de eczema crónico. Como los casos crónicos y subagudos pueden hacerse agudos con un tratamiento estimulante, debemos estar preparados en cualquier momento para aplicar métodos de curación más suaves, según la indicación. (*Practitioner*, junio, pág. 460.)

Sudor de pies (Uso del ácido crómico para el).—Durante el año de 1888 *(Wiener Med. Bläster)*, en más de 18.000 soldados prusianos se empleó una solución de ácido crómico al 5 por 100 para el sudor de pies, la cual fué aplicada por medio de un cepillo después de lavar y secar bien los pies. El efecto del tratamiento fué que la piel se puso más dura, más seca y menos sensible, desapareciendo el olor desagradable del sudor descompuesto. Muchos casos fueron curados ó muy modificados con una aplicación, y la mayoría con dos ó tres. Cuando hubo que hacer una segunda aplicación, se dejó un intervalo de una semana ó quince días esperando á que desapareciera la dureza de la epidermis, notándose que el efecto de ésta duraba más que el de la primera. Un resultado de este tratamiento, que satisfizo mucho á las autoridades militares, fué el que los soldados marchaban mejor y con más marcialidad. Una solución al 10 por 100 no dió mejor resultado que la del 5 por 100. El 42 por 100 curaron; el 50 por 100 mejoraron, y sólo en el 8 por 100 no dió resultado alguno. En el 75

por 100 de los casos, sólo y generalmente después del uso de soluciones á más concentración que al 5 por 100, hubo vesicación, eczema y excoriaciones. Las siguientes conclusiones se dedujeron de este tratamiento: 1.ª El ácido crómico es el remedio mejor y más rápido, ó por lo menos es tan bueno como las preparaciones de ácido salicílico para el sudor de pies. 2.ª Dicha sustancia se aplica fácilmente y es barata y limpia. 3.ª No hace daño cuando el ácido es puro y se usa una solución en proporciones razonables. La irritabilidad cutánea puede primero probarse con soluciones más débiles antes de usar la solución ordinaria. 4.ª La aplicación deberá hacerla el mismo doctor. 5.ª Debe esperarse á que cicatricen las heridas y úlceras que haya en los pies antes de aplicar el ácido crómico. 6.ª La hora mejor para hacer la aplicación es al tiempo de acostarse. Como ya se ha dicho antes, la segunda aplicación se hará una semana ó quince días después de la primera. (*Medical Chronicle*, septiembre, pág. 494.)

Sudores de los pies y de las manos (Tratamiento de los).—El doctor Unna recomienda contra los sudores de los pies y de las manos baños de pies calientes por la tarde, adicionados con algunas sustancias estimulantes, como, por ejemplo, el alcohol alcanforado, la mostaza ó el vinagre; después de secos los pies y las manos, hay que frotarlos con un linimento estimulante, como, por ejemplo:

Ictiol.	aa. 5 partes.
Esencia de trementina.	
Ungüento de zinc.	10 —

Por la mañana, después de haberlos lavado, con un lienzo empapado en agua fría se hacen fricciones que se continúan hasta que se experimente calor y se produzca hiperhemia. Se espolvorean las medias con polvo de almidón adicionado con un poco de mostaza. En el caso en que las manos y los pies estén cubiertos de un sudor caliente recomienda el ictiol, pero sin el agua caliente de la tarde y el agua fría de la mañana. Por la tarde aconseja emplear agua tibia y friccionar en seguida con el linimento ictiolado simple:

Ictiol.	aa. 5 partes.
Agua.	
Lanolina.	200 —

Por la mañana el lavatorio se hace con agua tibia y jabón de ictiol; después de lo cual se practican frotes con un paño seco, de modo que se deje un poco de jabón en los pies. (*Muntsh. f. prakt. Derm.*, núm. 15. *Medical Age*, 1889.)

Tiña tonsurante (Nuevo tratamiento de la).—La medicación ensayada por el doctor Vidal tiene por objeto destruir el tricofito con microbicidas y dificultar su pululación privándole de oxígeno; pues, como es sabido, este organismo es aerobio. El autor llena estas dos medicaciones: 1.°, con el empleo de un parasiticida, la esencia de trementina; 2.°, por la cubierta con el cautchuc.

He aquí la técnica de este tratamiento:

1.° Lociones sobre el cuero cabelludo, sin depilación previa, con la esencia de trementina.

2.° Practicar en seguida una fricción con la tintura de iodo. Esta fricción no debe extenderse en una sesión más que sobre una región limitada de la superficie de la cabeza. Se la repite dos ó tres veces sobre la misma región, y se trata así sucesivamente la totalidad del cuero cabelludo.

3.° Practicar bicotidianamente sobre la cabeza una untura con la vaselina.

4.° Cubrir la cabeza con una especie de gorro de cautchuc que se adapte todo lo exactamente posible á su superficie.

La ventaja de este tratamiento, digno de ensayo, consiste en no ser necesaria la epilación y su corta duración. (*Gazette hebdomadaire, etc.*, 26 julio de 1889.)

Tiña tonsurante (Tratamiento de la), por el doctor Jamiesson.—En los niños de menos de seis años, y en los casos en que la lesión no ocupa más que una pequeña extensión del cuero cabelludo, el autor comienza por cortar al rape los cabellos, y después de haber lavado esmeradamente la piel con jabón y agua tibia la embadurna con una mezcla de:

Acido fénico	1 parte.
Acido acético	2 —

Además practica una cura con el ungüento siguiente:

Azufre precipitado	4 gramos.
Sal alembroth insoluble	20 —
Timol	60 centigramos.
Vaselina	4 gramos.
Ungüento simple	32 —

Si la lesión está muy avanzada hay que afeitar los cabellos todas las semanas, lavar cuidadosamente el cuero cabelludo con jabón todos los días y aplicar dos veces en las veinticuatro horas la pomada indicada con un pincel rígido de pelos apretados. (*Wien. Med. Presse*, 1889.)

Tiol (Propiedades terapéuticas del), por el doctor Buzzi.—Análoga por sus cualidades físicas y sus propiedades químicas al ictiol, esta sustancia, preparada por Jacobsen, y químicamente ensayada por Reeps, posee las virtudes del ictiol y es como él un carburo de hidrógeno.

El autor le ha usado bajo la forma líquida y la de polvo contra la seborrea, el eczema y el acné vulgar, proponiendo sustituir al ictiol con esta sustancia para el uso interior.

El tiol líquido es una solución saturada que contiene una décima de su peso de la sustancia medicamentosa y se prescribe lo mismo que el ictiol.

El tiol pulverulento se obtiene moliendo los cristales laminares producidos por la evaporación del tiol líquido. Este polvo oscuro se emplea tal como es para espolvorear los tegumentos enfermos, contra el eczema, intertrigo, impétigo, pénfigo, herpes y las quemaduras. Se le mezcla á este efecto con el óxido de zinc y el polvo de talco. Queda el determinar las propiedades antisépticas de este cuerpo, que tiene la ventaja de costar la mitad que el ictiol. (*Mon. f. prak. Derm.*, julio de 1889.)

Ulceras cancerosas. — *Método para cubrirlas con piel sana.*—Kraske (*Münchener Med. Wochenschrift*, 1889) llama la atención sobre el hecho de que si una úlcera cancerosa (*cáncer apertus*) puede ser cicatrizada ó transformada en un *cáncer occultus*, aun cuando no se intente extirparla, muchos de los síntomas depresivos que acompañan á la afección pueden ser contrarrestados. Para cumplir esto extirpa las masas prominentes y porciones ulceradas todo cuanto sea posible, y toma luego dos colgajos de la piel sana adyacente y los une sobre la herida. Si esta operación es hecha bajo las precauciones antisépticas más severas, lo común es que la cicatrización sea por primera intención. Este método puede adoptarse con ventaja en casos de cáncer de la vagina y órganos genitales externos, donde la abundancia de tejidos favorece la formación de grandes colgajos. (*American Journal*, agosto, pág. 217.)

Ungüentos nuevos de lanolina.—El doctor Stern, de Mannheim, ha encontrado útiles tres preparaciones con lanolina, que titula *(Therap. Monastsft*, febrero 1889): 1.ª, *sapolanolina*; 2.ª, *pasta de cera lanolina*, y 3.ª, *la inyección de lanolina líquida*. La primera es una mezcla generalmente de dos partes de jabón verde y dos y media de lanolina; á esto incorpora todos los medicamentos ordinarios, excepto el ácido salicílico. La ha encontrado especialmente útil en el tratamiento del eczema infiltrado, afecciones parasitarias y seborrea. Añadiendo el 10 por 100 de precipitado blanco presta excelente servicio en la psoriasis capitis, no necesitándose más que la aplicación de un ungüento cualquiera para completar la curación. Nunca decolora el pelo. La segunda preparación es sumamente útil para un apósito adhesivo, y se compone de 40 partes de cera amarilla, 40 de lanolina y 20 de aceite de oliva. Es de un color amarillo brillante y del espesor de la cera que usan los peluqueros. Puede extenderse sobre la piel, á la que se pega. Puede incorporarse á ésta casi toda clase de medicamentos, y sólo cuando se añade brea hay que usar un poco más de cera. Es muy útil en el eczema de la cara cuando se añade el óxido de zinc ó el ácido bórico. En el eczema escamoso y vesicular, lo siguiente deja poco que desear: ácido salicílico finamente pulverizado, 3 partes; aceite de oliva, 17 partes; cera amarilla y lanolina, aa. 40 partes. La tercera preparación tiene por base: lanolina, 25 partes; aceite de almendras, 75 partes. A esto pueden añadirse varios medicamentos, por ejemplo: R. Sulfato de zinc, 0,5 por 100; agua 4,5 por 100; lanolina, 20 por 100, y aceite de almendras, 75 por 100. (*New-York Med. Journal*, agosto 8, pág. 135.)

Vegetaciones y epiteliomas.— Los doctores Menil y Cherón han obtenido resultados que han animado al doctor Baratowx á emplear la tuya occidental al interior en los tumores del oído, la nariz, la boca, la faringe y la laringe. Usa la tintura ó el alcoholaturo, que administra á la dosis de 20 gotas al principio, elevándola á 3 y 4 gramos. También emplea tópicamente sobre las partes afectas esta misma tintura, de la que elimina una parte del alcohol que sustituye por glicerina. Puede emplearse también en pulverizaciones.

Respecto á los tumores del oído y de la nariz, sólo en los papilomas es eficaz este tratamiento. Cuando el tumor es mixto disminuye su eficacia, y es al parecer nula en los carcinomas y sarcomas. El autor ha observado dos casos de epitelioma de la laringe, cuya marcha se contuvo con esta medicación. (*Rev. de Med. y de Cir. prác.*, 7 de junio de 1889.)

Verrugas (Tratamiento de las) por la tintura de iodo al interior. — El doctor Imossi (de Gibraltar) da á conocer los buenos resultados que ha obtenido en el tratamiento de las verrugas con la tintura de iodo dada dos veces al día á la dosis de 10 gotas cada vez en medio vaso de agua.

Los buenos efectos del tratamiento se manifiestan primeramente deteniendo el desarrollo de las verrugas más recientes, así como de las verrugas más antiguas. De 10 casos en los que la ha usado no ha fallado en ninguno, no obstante tratarse en uno de ellos de una niña de diez años cuyas manos y cara estaban llenas de verrugas. La mayoría de los enfermos eran linfáticos, observando en ellos el adelgazamiento del individuo, que cesaba después del empleo del iodo, pero que no llegaba á ser extremado, porque antes desaparecían las verrugas, y por lo tanto cesaba el tratamiento. Esta propiedad adelgazadora del iodo la ha utilizado el doctor Imossi en los carreristas, ayudándola, sin embargo, con el régimen contra la obesidad instituído por el doctor Dujardin-Beaumetz, y por los resultados conseguidos (disminución de 5 kilogramos y medio en tres semanas) cree que el iodo es un poderoso auxiliar en estos casos.

La desaparición de las verrugas no puede atribuirla más que al poder fundente del iodo. Es sabido que en algunos casos las verrugas desaparecen solas, pero son hechos excepcionales. (*Bulletin Général de Thérap., etc.*, 15 junio de 1889.)

Xanthoma multiplex, plánum, tuberósum, mollusciforme.—Los doctores Lehzen y Knauss, de Würzburg (*Archiv of path. Anat. u Phys*, 1889), publican un estudio de esta interesante afección observada en dos hermanas, una de once y la otra de nueve años. Los padres estaban sanos y no había antecedentes de afecciones cuta-

neas en la familia. Había otros dos niños en la familia que no tenían afecciones cutáneas. La mayor estaba siempre delicada, habiendo tenido un ataque de ictericia poco tiempo después de nacer. A los tres años tuvo inflamaciones por todo el cuerpo que le duraron mucho tiempo. En abril de 1887 tuvo el sarampión, entrando en el hospital en noviembre del mismo año. Pidió su ingreso en el hospital por padecer xanthomas que le empezaron á los cuatro años sobre ambos párpados, bajo la forma de unas pápulas amarillas y ligeramente abultadas. Un año casi después aparecieron otras sobre las rodillas y manos, y posteriormente sobre los codos, región glútea y tacón izquierdo. El derecho había sido atacado casi un año después. Todas las pápulas aumentaron de tamaño. No hubo síntomas subjetivos, excepto un ligero escozor al tiempo de aparecer las nuevas lesiones. El otro único síntoma anormal fué insuficiencia de la válvula mitral. Se extirparon varios tumores bajo la acción del cloroformo. La paciente murió de lesión cardíaca un mes después de la última operación. En la autopsia se encontró el hígado de un color rojo azulado y su borde libre muy levantado. Sobre las válvulas de la arteria pulmonar se encontraron pápulas xanthomatosas amarillentas y un gran número de estos cuerpos estaban diseminados por el corazón y grandes vasos. La hermana más pequeña tenía la misma afección cutánea, pero en menor grado, no habiendo lesión cardíaca. Empezó á los tres años, después de una afección cutánea vesicular ó papulosa de naturaleza desconocida. La particularidad del primer caso fué la lesión de los vasos sanguíneos. (*New-York Medical Journal*, agosto 17, pág. 172.)

Zóster atipicus histérico-gangrenoso. — En el primer congreso de la Sociedad Dermatológica Alemana habido en Praga en junio último, Kaposi presentó unos dibujos y refirió detalles de dos casos de esta nueva forma de herpes zóster. El primero, una mujer soltera de treinta y siete años, fué observada ocho días después de notar la erupción. En ambos lados del pecho y parte superior del abdomen había tiras y manchas ovales de costras verdes y morenas, teniendo cada grupo de una á tres pulgadas de extensión. Un examen detenido de las partes más recientes de la erupción hizo ver que la necrosis había

empezado debajo de la epidermis. Cuando se cayeron las costras quedaron unas úlceras cutáneas profundas. Cerca de uno de los grupos de costras se observaron vesículas de diferentes tamaños con sus centros deprimidos y de un color verde oscuro, existiendo en diferentes partes del pecho pápulas y vesículas del tamaño de la semilla de adormideras, casi todas dispuestas en grupos. Desde la edad de doce años la enferma venía sufriendo ataques iguales, y en los últimos siete años había tenido uno cada año. La erupción no estuvo siempre limitada al mismo sitio, porque las extremidades y la cara habían sido afectadas, así como también el pecho y el abdomen. El segundo caso tuvo una erupción igual, siendo una muchacha de quince años que tenía una anestesia izquierda completa. Según Kaposi, las eflorescencias agrupadas distinguen la forma de zóster de la gangrena espontánea de Doutrelepont. *(Medical Chronicle*, septiembre, pág. 499.)

AFECCIONES SIFILÍTICAS Y VENÉREAS

Blenorragia (Tratamiento de la) por el escobillado, por el doctor Huguet.—Este tratamiento, basado en la naturaleza microbica de la blenorragia, tiene por objeto destruir el epitélium y permitir al líquido antiséptico que se inyecta ponerse en contacto con los microbios patógenos y penetrar en los repliegues en que viven aquéllos. El instrumento es fácil de encontrar: es un escobillón de crin de los usados para limpiar los tubos de las pipas, pero que corresponda como calibre á una sonda núm. 11 de la hilera de Charriere, de manera que no sea ni demasiado pequeño, porque no produciría efecto, ni de excesivo calibre, porque obraría con demasiada violencia.

Se hace una inyección previa de una solución de clorhidrato de cocaína á la veinteava parte, que se contiene por cinco minutos. Se introduce después el escobillón dándole vueltas y se extrae lo mismo. Esta operación no es dolorosa, y se la hace seguir de una inyección de sublimado al 1 por 1.000, continuándose después haciendo todos los días tres inyecciones de sublimado á la diezmilésima.

En dos enfermos atacados de blenorragia virulenta, en el período de incremento, el flujo desapareció á los siete y

ocho días. El escobillado produce poco dolor y dificultad en la micción durante el día en que se practica. (*Semaine Médicale*, 1889.)

Gonorrea (Salicilato de mercurio en la).—El profesor Schwimmer (*Wien. Med. Wochenschr.*) ha tenido gran éxito tratando la blenorragia, tanto aguda como crónica, con inyecciones de salicilato de mercurio según la fórmula siguiente: 1.° En la *blenorragia aguda*. R. Agua destilada, 100 gramos; salicilato de mercurio, 1 centigramo. Mézclese. Deben hacerse tres inyecciones diarias durante dos ó tres días, al cabo de cuyo tiempo cesará la evacuación. 2.° En la *blenorragia crónica* puede usarse una solución más concentrada. R. Agua, 100 gramos; salicilato de mercurio, 3 centigramos. Mézclese. En los casos crónicos el tratamiento deberá durar seis ó siete días y aun más. Dicha solución no tiene propiedades irritantes. (*Medical News*, junio 1, pág. 603.)

Gonorrea (Tratamiento antiséptico de la).—Du Castel es partidario de la teoría del gonococcus, y recomienda la antisepsia en estas afecciones. Después de tres años de ensayos está muy satisfecho de los resultados obtenidos con el uso local de la resorcina. El efecto mayor se produjo cuando el remedio se aplicó al principio del caso ó en sus últimos períodos. De esto deduce Du Castel (*Gazette des Hôpitaux*) que la resorcina no tiene poder sobre el gonococcus en la fuerza de su desarrollo. He aquí las conclusiones del doctor Du Castel respecto al tratamiento de la gonorrea aguda: 1.ª En algunos casos excepcionales puede intentarse el tratamiento abortivo con el nitrato de plata. 2.ª Durante el período agudo está indicado el tratamiento antiséptico de la uretra, prefiriéndose la resorcina. 3.ª Después que pasa la agudeza de los síntomas, pueden usarse los bálsamos acompañados ó no de las inyecciones de resorcina. Du Castel no dice á qué concentración emplea la solución de resorcina, pero Jaffé recomienda una de medio á 3 por 100. (*Edinburgh Med. Journal*, octubre, pág. 397.)

Gonorrea en las mujeres.—*Tratamiento.*—El tratamiento local debe ser aplicado por el mismo médico, colocando á la enferma en posición dorsal delante de una ventana, con las rodillas dobladas y separadas de modo que quede bien al descubierto la vulva, la cual es lim-

piada perfectamente con bolas de algodón que son en seguida quemadas. Si existiese alguna erosión en las ninfas, se la debe tocar con una bola de hilas empapada en ácido fénico concentrado, así como también la membrana mucosa que rodea los orificios de los conductos glandulares vulvo-vaginales después de quitar y limpiar el pus que pudiese haber en ellos. La uretra debe después ser comprimida sistemáticamente desde el cuello de la vejiga hasta el meato externo por medio de un dedo introducido en la vagina. Si sale una gota de pus, es que la uretra está interesada. El método que adopto en dichas circunstancias es envolver una sonda interna de Playfair en una capa de algodón, la cual, después de bien empapada en ácido fénico concentrado, pero sin que escurra nada, es introducida dentro de la uretra. También administro la copaiba por la boca, estando indicada dicha sustancia en la gonorrea de las mujeres cuando la uretra está infeccionada. Respecto al cuello uterino, mi tratamiento es, después de quitar y limpiar bien todo el pus que haya en el conducto, aplicar bolas de hilas empapadas en ácido fénico concentrado sobre todas las superficies erosionadas y en el interior del cuello, valiéndome de la sonda de Playfair. Si hay razones para creer que la infección se ha propagado al interior del cuerpo del útero, se introduce por completo la sonda de modo que la aplicación se ponga en contacto con la membrana mucosa del cuerpo al mismo tiempo que con la del cuello. Respecto á la vagina, su superficie es demasiado grande y sensible para que se pueda aplicar ácido fénico concentrado, por lo cual adoptó el método sugerido por Schwarz de tocar toda la superficie vaginal á través de un espéculum con grandes bolas de algodón saturadas de una solución de sublimado corrosivo (1 en 1.000). Se tarda más en escribir estas manipulaciones que en practicarlas. (Doctor C. J. Cullingworth, pág. 370.)

Sífilis y chancro blando (Tratamiento de la). —El doctor Szadek ha empleado el iodol en 60 casos (al exterior, en 21 casos de chancro blando, 10 úlceras terciarias y 7 casos de placas mucosas; al interior, en 22 casos de sífilis). En los casos de chancro blando el iodol se emplea bajo la forma de polvo, mezclado á veces con el subnitrato de bismuto ó el alumbre ó en disolución de

éter (1 : 20). Aconseja el autor no cubrir la úlcera con una capa demasiado espesa de iodol (que impediría la eliminación de las secreciones), y cauterizarla previamente con el ácido fénico, el cloruro de zinc, etc. Las placas mucosas curan de los veinte á los cuarenta y dos días de tratamiento. El iodol no obra en estos casos con tanta energía como el iodoformo, pero es, por el contrario, superior á él, porque es completamente inodoro y no tóxico. El iodol ejerce una acción más enérgica sobre las úlceras terciarias, verificándose su curación en diez ó quince días, sobre todo si al mismo tiempo se le administra por la boca. Los resultados obtenidos con el uso interno del iodol han sido muy favorables, especialmente en los estadios tardíos de sífilis, y confirman plenamente las observaciones de Pick y de Dante Cervesato. Dosis al día: cuatro sellos medicinales de 0gr,5 á 1 gramo cada uno. No se han observado fenómenos secundarios molestos, salvo una ligera erupción iódica. De lo expuesto se deduce que el iodol puede prescribirse útilmente en la sífilis, y que su acción es análoga á la de otras preparaciones de iodo, como, por ejemplo, el ioduro de potasio. Es hasta preferible á éste en los casos en que no hay necesidad de una acción rápida y enérgica del iodo, sino de su estancia prolongada en el organismo. (*Vratch*, 1889, núm. 14.)

Vacuna sifilítica (*Journal de Médecine*, abril de 1889).—El profesor Fournier ha reunido recientemente sus artículos sobre esta cuestión, publicándolos en un pequeño volumen. El número de ejemplos citados para demostrar el peligro de la vacunación con el virus humano es tan grande, que admira el que tantos médicos la practiquen aún. Las epidemias de Cremona, en que cuarenta niños de cuarenta y seis vacunados fueron infeccionados con sífilis y secundariamente cierto número de madres y nodrizas; la de Morbihán, en 1866, en la que lo fueron cuarenta y cinco niños y otras de menos importancia son mencionadas. Cuando la sífilis ha sido inoculada con virus vacuno, pueden existir tres alternativas: ó la sífilis no es transmitida, y afortunadamente este es el resultado más frecuente, ó no tiene lugar la vacunación, pero se produce la sífilis y los síntomas y el curso son lo mismo que cuando el virus sifilítico solo es introducido dentro del organismo,

ó finalmente, ambas clases de virus dan un resultado positivo, presentándose en algunos puntos donde se hizo la vacunación lesiones simplemente vacunas, mientras que el chancro aparece sólo en los puntos en que la vacuna no ha prendido. La vacuna sifilítica tiene siempre una lesión inicial, y debe recordarse este punto, de modo que no se confunda la sífilis hereditaria que aparece poco tiempo después de la vacunación con la sífilis producida por ésta. No es de ningún modo necesario que el niño de donde se tome el virus tenga sífilis en período activo para transmitir la afección de este modo. La sífilis puede estar latente ó el niño bajo la influencia de la inoculación con dicha enfermedad, según lo han probado casos vistos en las epidemias. Un niño sano es inoculado y al séptimo ú octavo día sirve de vacuna, pudiendo el virus que suministra inocular la sífilis antes que se presente en él el chancro. Aun se comete un error al creer que el peligro de la vacunación sifilítica reside sólo en la sangre. Un líquido incoloro ha transmitido la sífilis en casos bien auténticos, pero sin el auxilio del microscopio es imposible decir si dicho líquido contiene ó no elementos sanguíneos. Todo virus vacuno coloreado debe ser repelido. Respecto al diagnóstico, no debe confundirse la vacuna ulcerante con el chancro, á quien suele asemejarse, pero éste nunca produce una ulceración tan extensa y va acompañado de adenopatías indolentes. Además la vacuna ulcerante aparece á los doce ó quince días después de la vacunación, mientras que el chancro rara vez aparece antes de tres semanas y nunca antes de los quince días. Las erupciones vacunas son á veces confundidas con sifílides. Aparecen de los nueve á los quince días después de la vacunación, mientras que las sifílides no pueden presentarse antes de las nueve ó diez semanas después de este tiempo. Cuando haya que vacunar muchos niños á la vez, debe lavarse cuidadosamente el instrumento después de cada vacunación. La única medida profiláctica segura es emplear sólo vacuna animal. *(Edinburgh Medical Journal*, octubre, pág. 325.)

AFECCIONES DE LOS OJOS Y OÍDOS

Conjuntivitis catarral, por el doctor Grasselli.—El ioduro de plata, en estado naciente, tiene una eficacia

sorprendente contra los catarros agudos, subagudos y crónicos de la conjuntiva, así como para disminuir el estado agudo de las conjuntivitis granulosas y del fibroma con ó sin pannus. No obstante, el autor no cree deber seguir el consejo de Warlomont, de servirse de este medicamento contra la conjuntivitis granulosa. Las fórmulas que usa son las siguientes:

Nitrato de plata cristalizado	5,50	gramos.
Agua destilada	3,50	—
Glicerina pura	6,50	—

Frasco negro con tapón esmerilado.

Ioduro de potasio	3,30	gramos.
Agua destilada	3,60	—
Glicerina pura	6,50	—

Frasco blanco.

Se mezclan en un cristal de reloj dos gotas del frasco negro con tres del frasco blanco, y con un pincel se pasa el producto así formado sobre los párpados vueltos. (*Recueil d'Ofthalmologie*, 1889.)

Desprendimiento de la retina (Tratamiento del) por la sutura con un hilo de catgut.— El sistema que propone el doctor Galezowski le ha producido en cinco casos cuatro resultados satisfactorios. Después de fijar el ojo con el blefarostato y de anestesiarlo con la cocaina, introduce en la esclerótica, en el límite del círculo ciliar, una aguja curva enhebrada con catgut delgado. Pasa la aguja de delante atrás, lo más lejos posible, á través de la membrana desprendida. Hace salir la punta, y anuda entonces el hilo de catgut en la superficie de la esclerótica; después comprime el ojo durante diez á quince días. Importa poco, para la eficacia del método, que la punción de la aguja se haga más allá del círculo ciliar y la contrapunción muy lejos, por detrás, siempre que el asa abrace el mayor colgajo posible de la retina desprendida. (*Acad. de med. de Paris*, 9 julio de 1889.)

Forunculosis del conducto auditivo (Mentol en la).—El doctor R. Cholewa, de Berlín, ha tratado con éxito la forunculosis del oído por medio de una solución al 20 por 100 de mentol en aceite, aplicada en algodones al conducto auditivo. Créese que este tratamiento es anti-

microbiótico. Estos tapones de algodón empapados en la solución de mentol ejercen una ligera presión sobre el punto infiltrado. El ligero escozor que se produce pronto cesa, calmándose el dolor y promoviéndose el sueño. Los tapones de algodón pueden permanecer colocados veinticuatro horas si no hay supuración; si la hubiese, se debe abrir el grano. (*American Journal of Medical Science*, septiembre, pág. 307.)

Glaucoma (Indicaciones de la esclerotomía y de la iridectomía en el), por el doctor Loshechnikoff.—La iridectomía se encuentra indicada en el glaucoma crónico y en el subagudo. En el glaucoma absoluto, con síntomas de degeneración, puede estar indicada la esclerotomía. En el glaucoma agudo la esclerotomía es una operación preliminar, que va por lo común seguida de iridectomía. La esclerotomía parece mejor que la iridectomía y favorece más el alivio de la visión; está, por consecuencia, indicada en el glaucoma incipiente. En el glaucoma simple es preferible la esclerotomía. En todos los casos de inminente colapso del vítreo, y particularmente en el hidroftalmo congénito, se encuentra indicada la esclerotomía. En el glaucoma secundario es siempre preferible la iridectomía. Es absolutamente necesario el empleo de la eserina antes de la esclerotomía. (*Siglo Médico*, 30 de junio de 1889.)

Granulaciones conjuntivas (Tratamiento de las) por el masaje y el ácido bórico pulverizado, por el doctor Rohmer (de Nancy).—Este procedimiento, recomendado por Mr. Costomini (de Atenas) y Mr. Vigne (de Paris), consiste en lo siguiente:

1.° Después de cocainizar el ojo se vuelven los párpados y se espolvorea la mucosa con ácido bórico finamente pulverizado, formando con él una capa espesa.

2.° Con la yema del dedo pulgar se practican fricciones enérgicas, destinadas á hacer penetrar el ácido bórico y aplastar las granulaciones.

3.° Se repite este masaje y cura cada cuarenta y ocho horas y durante medio á un minuto.

Los inconvenientes de este tratamiento son el dolor que experimentan los enfermos. Es muy vivo, sobre todo cuando la conjuntivitis es corneana; es necesario entonces prac-

ticar el masaje á través del párpado superior, que estará bajo.

Después de tres ó cuatro sesiones las granulaciones pierden su volumen, la córnea se aclara y la vascularización disminuye. Estos resultados son debidos á la vez á la acción antiséptica del ácido bórico y á la acción mecánica del masaje.

Excusado es decir que el doctor Rohmer administra simultáneamente al interior el arsénico, el aceite de hígado de bacalao y todos los modificadores generales. (*Revue médicale de l'Est*, 1889.)

Neuritis óptica específica. — *Tratamiento.*— La neuritis óptica específica primitiva es una afección relativamente rara, presentándose mono ó bilateralmente en enfermos infeccionados no de mucho tiempo (de seis meses á tres años). El tratamiento antisifilítico va seguido en la mayoría de los casos de mejoría y en algunos hasta la completa restauración de la vista. En general, el campo visual permanece algo contraído concéntricamente y el nervio óptico está más pálido que en estado normal. El pronóstico es mejor cuando la neuritis se presenta en seguida, después de la primera infección, y el enfermo es joven. Cuando la infección ha tenido lugar más de un año antes el pronóstico no es tan bueno, pudiéndose, sin embargo, conseguir detener el proceso con un tratamiento antisifilítico enérgico. El pronóstico es aún peor en las otras formas de neuritis ópticas específicas, es decir, en la compresión del disco por tumores intracraneales y neuritis descendente. La peor forma de afección específica del nervio óptico es la atrofia simple no inflamatoria, dependiente de una afección sifilítica del cerebro y médula espinal. Todos estos casos terminan tarde ó temprano por ceguera total, cualquiera que sea el tratamiento que se emplee. (Profesor C. Horstmann, Berlín, *Knapp's Archives*, junio de 1889, pág. 185.)

Oftalmía granulosa (Sublimado corrosivo en la).—Arnauts (*Annales d'Oculistique*) publica algunos detalles de los resultados obtenidos en el tratamiento del tracoma por el sublimado corrosivo en la clínica del doctor Romicé durante tres años. Recomienda mucho este remedio, con preferencia al nitrato de plata, sulfato de

cobre y demás cáusticos y astringentes más comúnmente usados. Según él, su efecto es especialmente útil en los casos crónicos antiguos con gran pannus, y añade que la desaparición de la vascularidad normal es tan rápida que sospecha tenga el sublimado alguna acción especial sobre los vasos nuevamente formados. He aquí el método empleado: Los enfermos son vistos, á ser posible, dos veces por semana, y en cada visita, después de instilar unas cuantas gotas de una solución al 5 por 100 de cocaína, la superficie conjuntival de los párpados es untada por medio de un cepillo con otra solución de sublimado corrosivo (1 por 120 ó 1 por 100). Además se ordena un colirio de la misma sal (1 por 500 ó 1 por 400), del que el mismo enfermo vierte algunas gotas dentro del saco conjuntival tres veces al día. Estas gotas ocasionan alguna irritación é inyección conjuntival, que desaparece generalmente á los pocos minutos. En enfermos sensibles puede aplicarse antes una débil solución de cocaína.

En el *Recueil d'Ophthalmologie* de febrero de 1888, Staderini, escribiendo sobre esto, abogaba, basado en su experiencia, por el uso del sublimado corrosivo, haciendo notar que los resultados obtenidos con su empleo en todos los períodos de la conjuntivitis granulosa fueron muy satisfactorios. Añade que su acción fué la de un antiséptico y disolvente de la infiltración linfática en el tejido submucoso. Si el microbio descrito por Sattler, Poncet y otros es la principal ó única causa de la conjuntivitis tracomatosa, el sublimado corrosivo será de gran eficacia en su tratamiento (*Ophthalmic Review*, mayo de 1889). (*Medical News*, junio, pág. 467.)

Oftalmía simpática (Sobre la), por el doctor Abadie.—Existen dos variedades de ella, según que esta afección es de origen infeccioso, transmitida por continuidad de tejido, ó tenga por agente de transmisión los nervios ciliares. En la oftalmía simpática infecciosa, el proceso empieza en el segundo ojo por el nervio óptico; hay al principio neuritis y después perturbación del cuerpo vítreo; el tractus uveal, y en particular el iris, se interesan de una manera más tardía. En la forma refleja es todo muy diferente. El fondo del ojo está todavía completamente normal, y los trastornos funcionales son nulos cuan-

do ya se produce una viva inyección periquerática, sobre todo á nivel del punto simétricamente lesionado; en el primer ojo el dolor es vivo á este nivel; contrariamente á lo que ocurre en la forma precedente, los fenómenos morbosos son más bien al principio extraoculares y la desorganización se verifica de fuera adentro, de delante á atrás. Bajo el punto de vista patogénico, la primera variedad reconoce por causa una herida infecciosa de la región ciliar; la segunda tiene por punto de partida enclavamientos del iris capsulares ó tensiones de los filetes nerviosos. En la forma infecciosa hay que atacar ante todo el foco patógeno, en donde se produce la pululación micróbica. Antes de proceder á la enucleación se puede ensayar atacar la herida con un gálvano-cauterio fino y recorrerla por todos sus rincones; es necesario además practicar la evacuación del humor acuoso por paracentesis y prescribir siempre las fricciones mercuriales locales y generales. Si el ojo lesionado está definitivamente perdido, y hay una gran deformidad, es necesario enuclear, pero la enucleación no basta. Los desastres indicados como consecutivos á la enucleación por los médicos ingleses dependen tal vez de haberse limitado á esta práctica y que se han descuidado las fricciones mercuriales. Cuando se trata de una oftalmía simpática de origen reflejo es necesario proceder de otra manera. La transmisión se efectúa por el intermedio de los nervios ciliares; es necesario seccionarlos entre la herida y los centros nerviosos y practicar desde luego una esclerotomia retrocicatricial. (*Congr. franc. de Oftalmología*, agosto de 1889.)

Otorrea.—*Tratamiento por el ácido bórico pulverizado.* —El artículo del doctor Meyer, de Copenhague (*Annales des Maladies de l'oreille*, febrero de 1889), es un extracto de las objeciones al empleo del ácido bórico pulverizado en el tratamiento de la otorrea, ó mejor dicho un resumen del *pro* y del *contra* de esta cuestión desde que el ácido bórico fué por primera vez usado en Otología por Bezold, de Munich, en 1880. La mayoría de las objeciones pueden fundarse en el uso impropio de este útil antiséptico, aunque se duda si algunos de los malos efectos atribuídos á dicho mal uso pueden realmente confirmarse, como por ejemplo el aumento en la frecuencia de las afecciones mastoideas desde la in-

troducción del ácido bórico en el tratamiento de las afecciones del oído. Puede asegurarse de un modo positivo que el ácido bórico pulverizado no debería usarse en la otitis media aguda ni en las supuraciones crónicas de la cavidad timpánica con perforación en la membrana flácida ó de Shrapnell. Lo mismo puede decirse de cualquier otro medicamento pulverizado empleado en las mismas afecciones auditivas. Puede, sin embargo, usarse con los mejores resultados en casos que han pasado del estado agudo, con gran perforación de la membrana timpánica en su parte inferior, y en los cuales la supuración es ligera y la membrana mucosa está lisa. Debe usarse siempre en pequeñas cantidades. El doctor Meyer concluye su artículo diciendo que «el cirujano debe, con entera confianza, tratar con el ácido bórico pulverizado todo caso de otorrea crónica en que haya abundante supuración, teniendo cuidado de usar sólo pequeñas cantidades de una vez y examinar diariamente al enfermo. Antes de insuflar dichos polvos, debe lavarse con cuidado el oído y secarle con algodón esterilizado. Este tratamiento nunca debe confiarse al enfermo ni á sus enfermeros, sino que debe ser seguido por el mismo médico y con las precauciones ya dichas. (*American Journal*, mayo, pág. 525.)

Pilocarpina en las afecciones del oído. — El doctor Kosegarten saca las siguientes conclusiones de sus experimentos acerca de la influencia de la pilocarpina sobre el oído. Las inyecciones de pilocarpina tienen al parecer una influencia marcada sobre la mucosa del oído medio, y son, por lo tanto, eficaces en los padecimientos crónicos de la caja del tambor que se acompañan de afecciones del laberinto. El remedio no sólo obra sobre el oído interno, sino que puede ejercer también su influencia favorable sobre los padecimientos del oído medio. A causa de la hiperhemia que determina, que puede llegar hasta la exudación, hay probabilidades de que se humedezcan los tejidos esclerosados y se reblandezcan las adherencias, y al ceder puede ser capaz de vibrar el aparato conductor. Cuando hay depósito de exudados se favorece su absorción. Debe tenerse en cuenta que en los casos crónicos sólo se obtienen resultados empleando durante largo tiempo la medicación. (*Rev. de med. y de cir. prácticas*, 7 abril de 1889.)

Teléfono (Acción del) sobre el aparato auditivo.—El doctor Gelle ha tenido ocasión de notar los efectos perjudiciales del teléfono sobre la audición. En sus observaciones estos efectos eran debidos, ya á los mismos sonidos telefónicos, demasiado agudos ó demasiado cercanos al oído, ó bien á la fatiga debida á la necesidad de fijar la atención para percibir las impresiones sonoras. En todos estos casos debe admitirse una cierta predisposición nerviosa, y también hay que tener en cuenta para explicar estos efectos el estado patológico secundario ó preexistente en que pudiera estar el oído. Por lo menos estas diversas condiciones se podían notar en los casos del doctor Gelle.

En uno de ellos se trataba de un individuo de gran inteligencia que ocupaba una alta posición, que le exigía un gran trabajo intelectual y le imponía la audición de incesantes comunicaciones telefónicas. Resultóle de ello un estado irritativo nervioso é hiperestesia del oído, tal que los sonidos le causaban vértigo y zumbido de oídos y le habían ocasionado la persistencia de sensaciones vertiginosas alarmantes.

En otro caso se trataba de una joven empleada en correspondencias telefónicas de un gran establecimiento, cuyo oído se le fué debilitando con bastante rapidez, haciéndose asiento de zumbidos ensordecedores y de una hiperestesia notable que hizo dolorosa la audición. Esta joven era advertida de la transmisión de los partes telefónicos por medio de un toque brusco de timbre agudo inmediato á su oído, y este choque brusco de un ruido repentino sobre el aparato auditivo había acabado trastornándolo, causándole zumbidos, dolor y vértigo. Este ruido resonaba por largo tiempo después en su cabeza, haciéndosela su empleo un suplicio insoportable, pues la hiperexcitabilidad de su oído había llegado á un grado extremo.

Hay en el choque sonoro de la señal transmitida por el teléfono una acción traumática cuyo efecto perjudicial debe aumentar la menor lesión del oído. Así es que al lado del dolor, de la hiperestesia, de los zumbidos, etc., se encuentran estados subinflamatorios de la caja del timpano que pueden desarrollarse sin duda por la misma influencia. El sistema nervioso general sufre también el efecto

del choque sonoro traumático. (*Soc. de Biología de Paris* 15 junio de 1889.)

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Albuminuria durante el embarazo y parto.— Meyer (*Zeitschrift für Gebrorts und Gyn.*, Band 16, Heft 2), en un concienzudo estudio de esta cuestión en la Maternidad de Copenhague, observó que existía la albuminuria en el 5,4 por 100 de las mujeres embarazadas, albúmina con sedimentos en 2 por 100. La albuminuria con sedimentos se observó con más frecuencia en el primer embarazo que en los sucesivos, de las veinticuatro á las treinta y nueve semanas, sin que ejerciera influencia en ello la edad de la enferma. Durante los últimos treinta días del embarazo sólo el 28,9 por 100 de las orinas examinadas no tenían albúmina. Ocurrieron partos prematuros en el 8 por 100 más de las enfermas que tenían albuminuria que en las que no la tenían, y en el 3,5 por 100 de las que exhibían costras ó sedimentos en su orina; el número mayor de niños en estas últimas enfermas nacieron más de cuatro semanas antes de término. En la mayoría de los casos la albuminuria, con ó sin costras ó sedimentos en la orina, persistía durante el parto. De las parturientas, el 25 por 100 tenían albuminuria, y el 12 por 100 albúmina y costras, siendo este estado más frecuente en las primíparas, sin que tuviera influencia en ello la edad de las enfermas; el 53,7 por 100 de las enfermas con albuminuria tenían costras en la orina. La albuminuria durante el embarazo persistió después del parto, mientras que la que se presentó durante éste desaparecía generalmente después. En enfermos que tenían albúmina, pero sin costras ó sedimentos, se observó cierta tendencia al catarro vesical después del cateterismo. Mientras que en la mayoría de los casos la albuminuria y las costras desaparecían después del parto en una proporción considerable, sobrevino una nefritis, especialmente en aquellos en quienes dicho estado empezó durante el embarazo; ni la edad de las enfermas ni los embarazos repetidos ejercen influencia sobre estos casos. La separación prematura de la placenta y la muerte fetal fueron más frecuentes en los casos de albuminuria con

costras. (*American Journal of Med. Sciences*, agosto, página 213.)

Belladona y cáñamo indio.—*Su uso por el recto en ginecología.*—En el *Boston Med. and Surg. Journal* del 23 de mayo de 1889, el doctor J. W. Farlow llama la atención sobre el valor del empleo del poder absorbente del recto en diferentes afecciones de los órganos pélvicos. La ventaja de este método de tratamiento observó dependía especialmente de que, cuando las sustancias medicamentosas eran introducidas por el recto, se retenían mucho mejor que cuando lo eran por la vagina. Los remedios á que se refiere, especialmente como usados de este modo, son la belladona y el cáñamo indio. Dice que la belladona tiene una acción sedante sobre el útero y contenidos pelvianos y relaja más bien que estriñe los intestinos. Su valor en los estados irritativos de la vejiga y uretra es bien conocido. Esta combinación de cualidades le hace recomendable en un gran número de mujeres. El cannabis indica tiene propiedades algo análogas, y especialmente en las afecciones ováricas acompañadas de dolores; su uso suele dar excelentes resultados. Ejerce también influencia sobre las jaquecas nerviosas, á que son tan propensas las mujeres que tienen alguna lesión pelviana. Hacia la edad de la pubertad suelen tener algunas mujeres menstruaciones dolorosas con excitación pelviana y general, lo que con frecuencia ocasiona gran debilidad después que ha cesado por completo el flujo. También es muy común en esta época tener ganas frecuentes de orinar y jaquecas. Puede moderarse la excitación, los órganos pelvianos pueden hacerse menos irritables, habrá menos dolor, menos hemorragia, menos debilidad, y, naturalmente, la salud general será mejor entre los periodos catameniales. El doctor Farlow cree puede conseguirse esto con el uso, por el recto, de la belladona y el cannabis indica, empezando pocos días antes de que aparezcan los síntomas menstruales. Asimismo, el dolor de los ovarios y varios síntomas que acompañan á la menospausia suelen curarse con el mismo tratamiento. El doctor Farlow ordena generalmente 1 centigramo de extracto de belladona y de cannabis indica en un supositorio rectal para usarse por la noche, siendo algunas veces también conveniente usar otro por la mañana

después de mover los intestinos. Algunas enfermas sólo pueden tolerar medio centigramo de extracto de belladona por el recto. (*Therapeutic Gazette*, julio 15 de 1889, página 483.)

Cornutina (Sobre el empleo de la) en ginecología.—El doctor Thomson ha empleado esta preparación, obtenida del cornezuelo de centeno, en inyecciones subcutáneas y administrada por la boca, recomendando las fórmulas siguientes:

I. Cornutina.	0,05 gramos.
Agua destilada.	16,00 —
Acido clorhídrico.	4 gotas.

Mézclese Para inyectar una jeringa.

II. Cornutina.	0,08 gramos.
Masa pilular.	3,00 —

H. s. a. 20 píldoras.

Para tomar 2 ó 3 en una sola vez.

La solución de cornutina se enturbia y hace ineficaz si se deja durante ocho á catorce días.

El autor resume sus conclusiones en las proposiciones siguientes:

1.ª No es recomendable la cornutina para activar el trabajo durante el parto.

2.ª Este medicamento es sobre todo eficaz en las hemorragias atónicas, después del parto y el aborto, y será tal vez útil emplearla inmediatamente antes de toda operación obstétrica.

3.ª Obra con gran rapidez en las metro y menorragias, consecuencias de endometritis, de metritis y de enfermedades de los anexos del útero. (*Prager med. Wochenschr.*, 1889, número 12.)

Dismenorrea (Tratamiento de los dolores de la).—Después de demostrar los inconvenientes de la antipirina administrada en el momento de las épocas menstruales, el doctor Richard recomienda contra los dolores dismenorreicos la fórmula siguiente:

Tintura de piscidia erythryna. . . .	aa. 10 gramos.
Tintura de viburnum prunifolium. . .	

Para tomar 20 gotas cuatro ó cinco veces al día.

La *piscidia erythryna* está dotada de propiedades antineurálgicas. El *vibúrnum prunifólium* es un antiespasmódico análogo á la valeriana y un moderador del poder excitomotor de la médula.

Cuando los dolores dismenorreicos van acompañados de menorragia es conveniente asociar al *vibúrnum* el *hydrastis canadensis*, que goza de propiedades vaso-constrictivas bastante análogas á las del cornezuelo de centeno y del sulfato de quinina.

Tintura de vibúrnum prunifólium.. . . Tintura de hidrastis canadensis.	aa. 10 gramos.

Para tomar 20 gotas cuatro ó cinco veces al día.

Con el nombre de sedante uterino se ha prescrito la poción siguiente:

Tintura de vibúrnum.	20 gotas.
Elixir de Garus.	15 gramos.
Jarabe de azúcar.	15 —
Agua.	30 —

Una cucharada de las de sopa cada media ó cada hora. (*Rev. general de Clin. et de Thérap.*, 1889.)

Eclampsia puerperal.—*Tratamiento.* — El doctor Jaggard, de Chicago, en una discusión sobre la eclampsia puerperal, decía: Respecto al tratamiento de la eclampsia durante el embarazo, la mayor evidencia está decididamente en favor de un tratamiento expectante, á no ser que el aborto ó el parto prematuro sean inminentes, en cuyo caso la indicación es auxiliar la evacuación del útero. En la eclampsia durante el parto hay tres indicaciones claras: 1.ª Después de proteger el cuerpo de la mujer con almohadas, etc., la indicación es contrarrestar las convulsiones con una narcosis profunda. La elección de remedios no es tan importante como el que la narcosis sea profunda y continuada. El cloroformo es sin disputa el mejor agente contra los ataques, mientras que la narcosis puede sostenerse mejor con grandes dosis de cloral y los bromuros administrados por el recto. Winckel, que sólo se vale de las inhalaciones de cloroformo y cloral *per réctum*, ha tenido sólo siete muertes en 92 casos. 2.ª La segunda indicación es evacuar el útero lo más pronto que se pueda, pues la experiencia enseña que las convulsiones cesan cuando termi-

na el parto en cerca de un tercio de los casos, en otro tercio son menos frecuentes y graves y sólo en los restantes continúa sin sufrir cambio alguno. Al principio del primer período del parto, antes de que desaparezca la dilatación del cuello, la punción de las membranas es comúnmente el medio mejor de acelerar el parto. La salida del líquido amniótico va con frecuencia seguida por una disminución de las convulsiones. Un poco más tarde, después de borrarse el cuello en el primer período, suele estar indicada la dilatación digital del orificio uterino externo. Rara vez es necesario incindir éste. El parto puede ser completado por el forceps ó la sección y extracción, según las circunstancias de cada caso concreto. 3.ª La tercera indicación es eliminar los productos excrementicios urinarios retenidos por diaforesis, purgantes y diuresis. La pilocarpina debe usarse con mucha precaución y sólo al principio de la afección, cuando el coma es ligero, el pulso lleno y la respiración normal, estando contraindicada en caso contrario. (*British Gynæcological Journal*, agosto, pág. 266.)

Embarazo; puntos de diagnóstico en los tres primeros meses.—Lohlain (*Deutsche Med. Wochenschrift*, núm. 25, 1889) considera el signo de Hegar, reblandecimiento del segmento inferior del útero, como el más cierto durante los primeros meses del embarazo. Ha encontrado la sensación quística elástica dada por el cuerpo del útero igualmente significativa, lo que hace presumir la existencia de un útero bicornio. Dicho estado existe desde la segunda mitad del segundo mes hasta el final del tercero, apreciándose mejor por el reconocimiento bimanual á menudo *per réctum*. También es un signo de valor la auscultación de los movimientos fetales. En un caso de quiste ovárico pequeño, con desarreglos menstruales, fué engañado por las contracciones del recto y músculos oblicuos. (*American Journal of Med. Science*, septiembre, pág. 319.)

Endometritis crónica; uso del tapón de tanino y glicerina para el diagnóstico.—Schultze (*Centralblatt für Gyn.*, mayo 11 de 1889) recomienda el uso del tapón de glicerina y tanino, fundándose en el hecho de que el carácter purulento de la evacuación uterina, y no su cantidad, es la principal indicación de la existencia de

la endometritis. La supuración suele ser tan ligera que la misma enferma no se percibe de ella, siendo perfectamente apreciable al quitar un tapón que se ha dejado en contacto con el cuello uterino durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas. Después de practicar este método diariamente durante doce años el autor puede responder de su gran valor práctico. (*American Journal*, septiembre, página 324.)

Endometritis crónica, catarro uterino, etc. (Electricidad en la).—En el tratamiento de ciertos estados morbosos del endométrium, especialmente de la endometritis crónica, catarro uterino y dismenorrea membranosa, he observado que la aplicación de una corriente negativa á través de la sonda intrauterina aislada produce efectos mucho mejores y más uniformes que cualquiera de las otras medicaciones intrauterinas que conozco. Tengo notas de varios casos de dismenorrea membranosa completamente curados ó muy beneficiados con cuatro ó cinco aplicaciones intrauterinas de éstas, y de un gran número de casos de catarros uterinos crónicos y pertinaces de mucho tiempo de existencia de los que puede decirse lo mismo. No creo he hecho nunca más de cinco ó seis aplicaciones. Ahora bien, apelo á la experiencia de cualquier ginecólogo para que diga si conoce otro método con el que se obtenga iguales resultados en casos cuya pertinacia es proverbial. Por su seguridad, simplicidad y efecto creo supera á todos los demás métodos conocidos para tratar dichos estados del endométrium. (Doctor W. S. Playfair, página 412.)

Esterilización de la leche con que se alimenta á los niños).—He aquí el procedimiento práctico propuesto por Eisemberg. Una vez recibida la leche, y diluída en agua azucarada en la proporción que se quiera, se reparte en tantos frascos como comidas haga al día el niño, tapando cada uno de los frascos con algodón en rama esterilizado. Se colocan todos los frascos, sostenidos por una bandeja de alambre, en una marmita de hierro batido medio llena de agua. Se cierra exactamente y se hace hervir el agua durante treinta ó cuarenta minutos, á fin de esterilizar perfectamente la leche mantenida así á 100 grados. Se sacan entonces los frascos, y su contenido puede con-

servarse durante varios días, aun en verano, con la condición en este caso de colocarlos en un sitio fresco.

En el momento de servirse de ellos basta reemplazar el tapón de algodón con un aparato de biberón, pero es esencial no destapar el frasco sino en el momento de ir á utilizarle y tomar un frasco nuevo de los ya llenos y esterilizados para cada comida. Los frascos vacíos serán lavados con lejía antes de usarlos nuevamente. (*Wien Klin. Woch.*, 1889.)

Fibroides uterinos. — *Naturaleza y limitación del tratamiento.*—En la Sociedad Ginecológica Americana, septiembre de 1889, el doctor P. F. Mundé, de Nueva York, leyó una tesis con este título. Hubo muchos casos de tumores uterinos en los que no se empleó tratamiento alguno. Refiriéndose á la clasificación común de los tumores uterinos, se advertía que los de la variedad subperitoneal fueron rara vez acompañados de hemorragia, y los de las variedades submucosa é intersticial lo fueron con frecuencia. El tratamiento para la variedad subperitoneal, en casos en que se requirió la intervención quirúrgica, consistió en la extirpación del útero con el tumor ó de los ovarios solo. En la variedad intersticial el tumor pudo ser separado frecuentemente sin extirpar el útero; en la variedad submucosa sólo el tumor requirió ser extirpado. Cuando no se extirpó el tumor se administró el cornezuelo ó la electricidad, teniendo por objeto forzar el tumor todo lo posible dentro de la pelvis. La dificultad mayor se tuvo al intentar extirpar los fibroides situados cerca del fondo, á través del conducto útero-vaginal no dilatado. El método alemán de practicar la laparotomía y extirpar el tumor después de abrir el útero es quizás preferible en estos casos. La hemorragia que acompaña á los tumores uterinos fué tratada con la cureta ó la electropuntura á través de la vagina. En los tres casos en que el autor practicó la ooforectomía para la curación de los tumores uterinos los resultados fueron satisfactorios. De seis casos en que los tumores subperitoneales fueron extirpados á través del abdomen curaron 4, habiéndose tratado en todos el pedículo por el método extraperitoneal. Los tumores que estaban situados cerca del orificio uterino interno tendían á dilatar el orificio, no necesitándose en muchos casos nin-

gún tratamiento. En algunos casos en que estaba indicada la operación pudieron ser enucleados y extirpados después de haber seccionado la cápsula. No debe hacerse la laparotomía si el tumor no produce alteración grave, y no está indicada ninguna operación en la mayoría de los casos en que la menospausia es inminente. (*New-York Medical Journal*, septiembre 28, pág. 360.)

Grietas de los pechos.—El doctor Mitropolski dice haber obtenido excelentes resultados en estos casos con el empleo de compresas empapadas en una solución de hidrato de cloral. No se impide de esta manera la aparición de las grietas, pero se consigue su curación sin que haya necesidad de interrumpir la lactancia. Además, se suprimen los sufrimientos. La fórmula indicada es la siguiente:

Hidrato de cloral.	75 miligramos.
Agua.	60 gramos.

(*Paris Médicale*, 1889.)

Hemorragias uterinas debidas á los fibromas (De la dilatación no cruenta del cuello uterino en las), por el doctor Kaltenbach.—Nélaton, Baker, Brown y Mackintosh habían ya demostrado que la incisión del cuello tenía una acción enérgica hemostática en los casos de fibromas intersticiales.

Este olvidado método ha sido empleado por el autor nuevamente en tres casos de fibromas uterinos en los que la ergotina y el raspado no habían producido mejoría, teniendo la suerte de ver detenerse la hemorragia en estos casos con la dilatación del cuello y la discisión.

Recomienda este método en las mujeres llegadas á la edad de la menospausia y cuyo estado no sea tan grave que necesite la histerectomía. (*Cent. f. Gynæk.*, 1889.)

Inyecciones antisépticas en obstetricia (Uso y abuso de las).—En la Sociedad Ginecológica Americana, el doctor H. J. Garrigues leyó en septiembre de 1889 una tesis sobre esta cuestión, en la que decía: si se tenía seguridad de que la fiebre puerperal, en cualquier caso dado, era resultado de la infección, estaba indicado el uso de las inyecciones antisépticas. Como todos los medios verdaderamente útiles, éste se ha exagerado por algunos, mientras que otros creen que deben proscribirse en abso-

luto después del parto. Indudablemente, dadas sin necesidad las inyecciones, han hecho mucho daño, como, por ejemplo, cuando han sido usadas con demasiada frecuencia ó demasiado concentradas, etc., etc. En la Maternidad de la isla de Blackwells, desde 1847 á 1885, la mortalidad fué de 4,17 por 100. Durante el período desde 1884 á 1888, en que se siguió en la misma institución el método de tratamiento del autor, sólo ha habido dos casos fatales ó una mortalidad de una fracción de 1 por 100. Las inyecciones vaginales antes del parto fueron, según el autor, útiles contra la opinión de muchos escritores que las consideran peligrosas por destruir la mucosa de la vagina, etc. Contestando á las objeciones de que las bacterias sobre la superficie de la mucosa vaginal eran inofensivas, debe recordarse que no lo serán si penetran los tejidos subyacentes, constituyendo también un elemento de peligro cuando son llevadas de la vagina á la matriz. Si las inyecciones vaginales son usadas antes del parto, la vagina se dilatará y los micro-organismos serán destruídos ó expulsados. Tampoco debe olvidarse que durante el parto se segrega una cantidad de moco nuevo que reemplaza el que sale con las inyecciones. En casos en que por cualquier causa fueran necesarios reconocimientos frecuentes durante el parto deben repetirse las inyecciones vaginales cada tres horas, y si hiciera falta usar instrumentos ó introducir la mano en el útero serán necesarias inyecciones vaginales y uterinas. Estas inyecciones fueron mejores que las aplicaciones intrauterinas de una materia antiséptica recomendadas por algunos. No habrá infección si el parto ha sido antiséptico. Después de éste, si el flujo loquial se hace fétido, existirá otra indicación para la irrigación intrauterina, así como también si quedara algún resto de membrana en el útero, si hubiera gangrena como consecuencia de un parto prolongado, si el feto ha sido macerado, etc., etc. La peritonitis puerperal deberá tratarse con estas inyecciones tan pronto como se reconozca, así como también convendrá dicho tratamiento después de la absorción. Respecto á la sustancia que ha de emplearse en las inyecciones debe preferirse el bicloruro de mercurio, pero usándolas con muchísima prudencia. Desde 1884 se han registrado 22 casos fatales por el uso de

estas inyecciones, aunque debe admitirse que hay que eliminar 4 de éstos, y en los otros la solución fué demasiado concentrada ó usada con demasiada frecuencia ó de una manera impropia. La concentración de la solución mercurial no debe exceder de 1 por 5.000, y suspenderse inmediatamente su empleo si aparecen síntomas tóxicos. Algunas de las contraindicaciones á su uso fué la anemia, lesión renal y diarrea. Otras soluciones han sido también usadas ampliamente con este objeto, especialmente la de ácido fénico. La objeción á ésta fué que su olor desagradaba á muchos, entorpecía las manos y podía producir graves resultados en el sistema nervioso de la enferma. El timol, ácido salicílico, cloruro de zinc, hidronaftol y otras varias sustancias tuvieron sus defensores. El autor había ensayado bien la creolina, quedando satisfecho de sus resultados. En soluciones el 2 por 100 fué quizás más útil y recomendable que todo cuanto se ha ensayado hasta hoy. Las objeciones á su uso, fueron: que su olor agradable podía enmascarar propiedades nocivas, y que como formaba uno emulsión opaca y no un líquido transparente, podía ocultar partículas cuya presencia sería conveniente impedir. También tenía propiedades excelentes, hemostáticas y lubrificantes. Si hubiera que dar duchas vaginales sólo, el autor prefiere el uso de un tubo vaginal de cristal de 6 pulgadas de largo. Si hubiera que llevarse la solución dentro del útero, se preferirá un tubo simple á uno doble, el cual es conducido cuidadosamente dentro del útero con los dedos, siendo necesario mucho cuidado para impedir que penetre en las trompas de Falopio algún líquido ó restos uterinos. La enferma, mientras recibe la inyección, debe estar de espaldas sobre una sábana, doblada de tal modo que el líquido que se escape de la vagina no quede detenido y se escurra. El tubo no debe ser forzado dentro del útero, sino que si se encontrare alguna obstrucción será retirado y reintroducido. Por no tenerse en cuenta esta precaución ha resultado una perforación del útero inyectándose la solución de bicloruro dentro de la cavidad abdominal. La temperatura de la ducha uterina no debe exceder de 43 ó 45°, y la cantidad no ha de ser mayor de dos ó tres cuartillos. El líquido devuelto debe ser cuidadosamente examinado, para ver si contiene materia sépti-

ca; el útero debe ser comprimido después que la irrigación sea completa, y no debe permitirse que quede líquido alguno en la vagina. (*New-York Medical Journal*, septiembre 28, pág. 357.)

Inyecciones intrauterinas (Accidentes provocados por las), por el doctor Mr. Magin.—Estas inyecciones, completamente rechazadas por los antiguos, son en el día aceptadas por todos los tocólogos. Las ventajas que proporcionan, tanto bajo el punto de vista profiláctico como del curativo, son inmensas y nadie les disputa su utilidad. Con todo, sería temerario considerar absolutamente quiméricos todos los temores expresados hasta aquí. Se pueden experimentar y se han experimentado accidentes á consecuencia de las inyecciones uterinas.

Estos accidentes son de tres órdenes: 1.°, accidentes de retención; 2.°, accidentes sépticos, y 3.°, accidentes nerviosos.

1.° Los accidentes de retención se explican: *a*. Por absorción lenta del líquido inyectado y retenido en la cavidad uterina ó vaginal. Esta variedad es la más rara. *b*. Por penetración del líquido en el peritoneo por las trompas. Este reflejo puede acontecer cuando haya algún obstáculo que impida la salida del líquido, principalmente cuando las trompas están enfermas y dilatadas. Así, pues, deberá redoblarse la atención en los casos de aborto y ponerse en guardia contra los peligros que sobrevendrían, tanto más fácilmente por cuanto de una parte el cuello está poco dilatado y muy contraído, y por otra existen á menudo lesiones de salpingitis, causas primeras del aborto. *c*. Por penetración directa en la circulación por los senos venosos del líquido inyectado. Esta tercera variedad es sin duda la más común y temible. Después del parto los senos están anchamente abiertos; por poco que exista una momentánea retención del derrame del líquido, se comprende la facilidad con que éste pasará á la circulación. Si ordinariamente no tiene lugar esta penetración, es porque habitualmente la contracción del útero borra la abertura de las venas y suprime su permeabilidad.

2.° Los accidentes sépticos, constituídos por escalofríos seguidos de fiebre, simulan un acceso de fiebre intermitente, presentándose todos los días después de una irrigación

uterina y cesando sólo cuando se suprimen las inyecciones; manifiestan una correlación con las mismas. Es de creer que en estos casos los linfáticos y las venas están ingurgitados de productos sépticos; la inyección hace contraer el útero y proyecta todo el contenido séptico de los vasos en la circulación. De aquí nacen los accesos de fiebre.

3.° Los accidentes nerviosos, que se incriminaban siempre que sobrevenía alguna complicación después de una inyección, se deben tener por excepcionales. La distensión y la percusión del útero por un chorro demasiado fuerte, después del parto, no dan una reacción nerviosa intensa, á lo más se observa algún malestar. Sin embargo, hay casos en los que el útero se reacciona violentamente cuando se han hecho inyecciones demasiado irritantes, principalmente después de inyecciones demasiado frías. Pero en el día el frío se ha abandonado casi completamente en obstetricia.

En suma, los accidentes nerviosos sin gravedad pueden casi despreciarse. No sucede así con los accidentes tóxicos ó febriles, que deben evitarse, lográndolo con precauciones, cuyos principios son los siguientes: Elegir una sonda que permita la libre vuelta del líquido, y procurar que el recipiente que contenga el líquido no esté más que á 30 centímetros por encima de la cama. (*Journal d'Accouchements*, 1889.)

Inversión uterina.— *Repositor hidrostático de Gowan.*— Por grande que sea la destreza y paciencia del médico no basta para reducir un útero crónicamente invertido, consiguiéndose esto generalmente con una presión mecánica bien dirigida. A los repositores, hasta ahora usados con mucho éxito, pueden hacerse lo menos estas dos objeciones: 1.ª, la necesidad de cambiar las copas para continuar la reducción, y 2.ª, la dificultad en retirar el instrumento una vez hecha la reducción. El instrumento de Campbell Gowan, hecho por los señores Down Bros, St.-Thomas's Street, Londres S. E., obvia estas dificultades. Consiste en un saco doble de goma montado sobre un bastidor de acero en forma de X y un tubo también de goma. Es conservado en posición por cuatro vendas perineales no elásticas amarradas á los cuatro puntos del bastidor en X, y

sujeto con una hebilla á una correa que después puede, si se quiere, ser pegada con emplasto adhesivo. La presión es aplicada á través del tubo por cualquier líquido, y después que la reducción se ha efectuado se vacia el saco, separando el tubo del receptáculo. (*Lancet*, septiembre 21, página 598.)

Inversión uterina de diez y seis meses de duración.- *Curación.* — En la Sociedad Obstétrica de Londres, el 1.º de mayo de 1889, el doctor W. Newman, cirujano de la Enfermería de Stamford, refirió el siguiente caso: La enferma, de veintitrés años, había dado á luz su primer niño el 22 de julio de 1887, siendo asistida por una partera. La convalecencia fué muy lenta, debilitándose, poniéndose anémica y sufriendo hemorragias casi continuas. Ingresó en la Enfermería de Stamford el 20 de noviembre de 1888, y reconociéndola se observó el cuello uterino dilatado, y proyectándose por él una masa globular que llenaba la vagina. Al introducirse la sonda sobre el tumor se detuvo á tres cuartos de pulgada por encima del borde del cuello. El fondo no pudo ser reconocido encima de los pubis. Con el espéculum pudo reconocerse la masa, que era muy vascular, pues sangraba al menor toque. El 24 de noviembre, á las diez de la mañana, se aplicó el repositor de Aveling, teniendo el disco una pulgada y cuarto de diámetro. El instrumento fué sujetado con correas y vendas de lienzo y cuatro bandas de goma (dos libras de presión según se comprobó). Once horas después el disco se había escurrido ligeramente por un lado. Veinticuatro horas después se volvió á colocar el instrumento (tres libras de presión), y escurriéndose otra vez el disco fué retirado treinta y seis horas después de su primera introducción. La hemorragia cesó. El 9 de diciembre, á las cuatro y treinta de la tarde, volvió á ponerse el repositor con un disco de madera de dos pulgadas y tres cuartos de diámetro, aplicándose un emplasto ancho por debajo de las crestas ilíacas que sirviese de base para fijar el instrumento. Atáronse á dicho cinto con pedazos de cinta y á distancias convenientes cuatro anillos, á los cuales se unieron las vendas elásticas (tres libras de presión). En quince horas fué el instrumento quitado y vuelto á colocar, y en veinticuatro fué quitado una vez más, poniéndo-

se el primitivo disco más pequeño (presión, cuatro libras). El 11 de diciembre, á las nueve y treinta de la mañana, se encontró que el disco había desaparecido dentro del útero, penetrando asimismo cerca de una pulgada del tallo. El instrumento fué sacado con dificultad, encontrándose el útero reducido. El 12 de enero de 1889 se presentaron las reglas normalmente, y el 29 del mismo mes se la dió el alta curada. El doctor Newman atribuyó el poco éxito del primer intento de reducción al pequeño tamaño del disco y á la imperfecta fijación del repositor por las vendas y correas. (*British Med. Journal*, mayo 11, pág. 1057.)

Ligadura de las arterias uterinas.—El doctor Gubaroff ha experimentado en el cadáver una operación nueva que el doctor Sneguireff ha practicado en seguida en el vivo con éxito. Se trata de la ligadura intraperitoneal de las arterias nutricias del útero, arterias uterinas útero-ováricas y el ligamento redondo, conservando las anastomosis que tienen aquéllas con las ramificaciones vaginales á fin de evitar la necrosis del útero.

La técnica operatoria es la siguiente: Se hace una incisión cutánea como para la ligadura de la arteria ilíaca común y de la arteria ilíaca externa, evitando interesar la porción tendinosa del músculo transverso del abdomen, á fin de que la disección del peritoneo pueda hacerse sin dificultad. El extremo inferior de la incisión debe alcanzar el anillo inguinal externo. Después de haber dividido las tres capas musculares de la pared abdominal y la aponeurosis transversa se desprende el saco peritoneal de la fosa ilíaca, y después, guiándose á lo largo del borde interno del psoas mayor, se busca el punto de división de la arteria ilíaca común. Empleando una cuchara del espéculo de Sims se atrae hacia dentro el saco peritoneal, en cuyo caso se puede perseguir cómodamente la arteria ilíaca en la pelvis menor hasta la emergencia de la arteria uterina, la cual cruza el uréter pasando por delante de este conducto; disposición que sirve de punto de partida y que no falta nunca, según el autor, á pesar de las numerosas anomalías que presenta la arteria uterina. Por otra parte, la arteria útero-ovárica (arteria espermática interna), acompañada de estas venas, es fácil de descubrir, de aislar y de ligar en el fondo de la herida. La arteria del ligamento redondo pue-

de ligarse sola ó al mismo tiempo que este cordón. Como se tropieza con grandes dificultades para aislarla, se puede aplicar una ligadura sobre la arteria epigástrica inferior, que da origen á la arteria del ligamento redondo.

Según Gubaroff, la ligadura de las arterias nutricias del útero está indicada:

1.° En los casos de cáncer inoperable del útero con metrorragias profusas.

2.° En los casos de tumores intraligamentosos y de miomas subserosos, debiendo preceder la ligadura de las arterias uterinas á la operación intraperitoneal.

3.° En los casos de metrorragias independientes de una lesión anatómica apreciable y que han resistido á los hemostáticos comúnmente empleados. (*Siglo Médico*, 18 de agosto de 1889.)

Mamitis parenquimatosa y flemón de la mama (Tratamiento de la) con una cura enyesada, por el doctor Meisel.— Los resultados obtenidos por el profesor Lukachewitsch en el tratamiento de la epididimitis con el enyesado han sugerido al autor la idea de ensayar el mismo tratamiento en las inflamaciones de la mama. De 12 casos tratados por este método (7 de mamitis parenquimatosa y 5 de flemón), en sólo 4 se formó el absceso. El procedimiento empleado fué el siguiente:

Después de haber lavado la mama se la rodea con un trozo de una especie de gasa (*marli*), cuidando de dejar una abertura para el pezón; después se cubre el pecho con un nuevo trozo de la gasa dicha empapado en una lechada de yeso bien diluído y bien mezclado. Esta compresa enyesada debe abrazar al pecho por todos lados. La cura se sostiene con una charpa que se cambia dos veces al día. Bajo la influencia de esta cura los dolores disminuyen rápidamente, así como la fiebre.

Este mismo tratamiento se encontrará indicado en los casos en que haya necesidad de suprimir la secreción de la leche. Según el autor, después de la aplicación de una cura enyesada durante veinticuatro horas, los pechos, hasta entonces duros, se ponen blandos y desaparece la secreción de la leche. (*Wratch. Bull. général de Thérap., etc.*, 15 de junio de 1889.)

Membranas retenidas.—*Tratamiento.*— Eberhart refiere la práctica seguida en la Clínica de Kaltembach para la retención de membranas. Créese que la auto-infección no ocurre á menos que la madre padezca un proceso patológico durante el embarazo que produzca materia séptica en el parto. Normalmente, la cavidad uterina está libre de gérmenes. La retención de membranas es sólo peligrosa cuando éstas están en el cuello y vagina, donde pronto se infeccionan. Deben ser extirpadas del cuello y vagina por dos dedos suavemente introducidos, pero sin penetrar en la cavidad uterina. La vagina debe ser frecuente y completamente regada con una solución antiséptica, administrándose asimismo la ergotina para asegurar la expulsión de los fragmentos retenidos en el útero. (*American Journal*, septiembre, pág. 320.)

Nefrectomía y sección abdominal.—En la Real Sociedad Médico-quirúrgica, el 9 de abril de 1889, el doctor S. Knowsley Thornton leyó esta tesis, á la que acompañaba una tabla completa de 25 casos, en la que constaba la edad de los enfermos, el sexo, estado, afección, fecha de la operación, sitio de la incisión, método de tratar el uréter, si hubo ó no desagüe, resultado inmediato é historia subsiguiente. Ocho de los casos habían sido ya referidos en el Congreso Médico Internacional de Copenhague. Hubo veinte curaciones y cinco muertes en las series, con resultados 20 por 100 mejor que en el generalmente obtenido en todas las nefrectomías, incluyendo las de por sección lumbar. Este resultado fué comparado con el de la ovariotomía hace once años, siendo entonces la mortalidad mucho mayor en ésta comparativamente simple operación. Dos de los casos fatales no podían propiamente contarse contra la nefrectomía abdominal, pues uno fué un tumor maligno que había perforado la pleura derecha, y el otro murió de hemiplejia, consecutiva más bien á la anestesia que á la operación. Se refirieron todos los detalles de algún interés especial, relativos lo mismo á los casos con resultado que á los fatales. La superioridad de la nefrectomía sobre la nefrotomía y desagüe, para la curación de la hidronefrosis, fué ilustrada con seis casos. Se condenaba la incisión del riñón supurante como preliminar á la nefrectomía. La práctica del autor, de asegurar el uréter

con alfileres fuera, no dió lugar á alteraciones, considerándose como el primer factor en el éxito. Se abogaba mucho por la extirpación de los riñones supurantes sin puncionarlos durante la operación. Se insistía sobre la superioridad de la incisión de Langenbach. La cuestión del desagüe fué ampliamente discutida, hablándose del diagnóstico diferencial del sarcoma de la cápsula y del riñón. Y por último, terminaba la tesis con una relación de nefrotomías lumbar y abdominal y nefrolitotomías en que la mortalidad fué considerablemente menor que en la nefrectomía. (*British Medical Journal*, abril 13, pág. 835.)

Nuevo procedimiento operatorio para alcanzar los órganos pélvicos, recto, S ilíaca, útero y anexos, próstata, vesícula seminal, pared posterior de la vejiga, á través de las partes blandas que constituyen el perineo, por el doctor Zuckerkandl.—El principio en que se funda este nuevo procedimiento es el siguiente:

Si se corta en la región perineal un colgajo de forma de línea quebrada /‾‾\, cuya porción horizontal esté situada á 3 centímetros por delante del ano, y cuyos dos lados laterales van divergiendo de delante atrás hasta alcanzar el sacro; y si partiendo de esta incisión, después de poner á descubierto el esfínter externo, se penetra en el tejido celular recto-prostático, y después en el tejido celular recto-vesical (en el hombre), ó recto vaginal (en la mujer), y se corta en seguida á derecha é izquierda las inserciones del músculo elevador del ano en su inserción al recto, se logrará aislar de éste con un instrumento romo la próstata, la vejiga y la vagina; en la herida abierta se presenta á la vista la pared anterior del recto, que se puede perseguir hasta el repliegue formado por el peritoneo y que ocupa el fondo de la excavación. Cuando se tira del recto hacia abajo se puede conducir el repliegue del peritoneo hasta la piel. De igual modo es fácilmente accesible la próstata. Por último, una vez abierto el hueco de Douglas, se puede conducir fácilmente á la entrada de la herida el útero vasculado hacia atrás, así como las trompas, los ovarios y los ligamentos anchos. La aplicación de este procedimiento á las operaciones que se practican en el útero tiene, según el autor, las siguientes ventajas:

Ante todo, el útero es más fácilmente accesible á través de la abertura hecha en el tejido conjuntivo del tabique recto-vaginal. Por la sección de las fibras del elevador del ano, que vienen del pubis, puede dislocarse el recto hacia atrás, hasta tal punto que el acceso así obtenido hacia el útero excede á todo lo que se puede obtener por la vía vaginal.

En segundo lugar, de una ojeada se ve el útero y sus anexos. Después, la ligadura de los ligamentos anchos no puede ser más fácil, en oposición á lo que ocurre cuando se opera á través de la vagina. Se pueden tocar fácilmente, y por lo tanto aislar y ligar, las arterias uterinas. No hay temor de lesionar los uréteres. Además, gracias á la facilidad de inspeccionar el tractus genital en su conjunto, se puede proceder á una extirpación más radical de los órganos genitales internos. Por último, se puede realizar mejor la asepsia del campo operatorio. (*Siglo Mèdico*, 18 de agosto de 1889.)

Ovariotomía (De la oclusión intestinal después de la), por el doctor Hirsch.—1.° La túnica serosa de los intestinos, adosados á una ú otra de las superficies cruentas (herida abdominal, herida del muñón), se fusiona con ellas, cicatriza, retrae el intestino y se constituye la oclusión intestinal. 2.° La irritación de la serosa peritoneal, producida por el acto operatorio, por el contacto de las materias empleadas, determina la peritonitis aséptica y da lugar á la formación de bridas inflamatorias que fijan en varios puntos el intestino al epiploon, lo cual dificulta los movimientos peristálticos intestinales, y además, bajo la influencia de una causa fortuita, se producen movimientos violentos del intestino, estiramientos de las adherencias y eventualmente la oclusión intestinal de origen peritoneal. 3.° Puede aparecer la oclusión por el solo hecho del desdoblamiento del paquete intestinal, necesario en algunas operaciones; por el pellizcamiento de un asa intestinal entre el muñón y la herida abdominal, cuando se deja fuera el pedículo, ó bien por el hecho mismo de abandonar el muñón del pedículo, centro del abdomen; así se constituye la oclusión intestinal de origen puramente mecánico.

En las dos primeras formas la oclusión es progresiva, es decir, la ovariotomía ha tenido éxito, la curación es

perfecta, pero la mujer sucumbe por efecto de una obstrucción intestinal que se establece poco á poco y que no se presenta sino cuando la herida está perfectamente cicatrizada. La tercera forma aparece, por el contrario, rápidamente, poco después de la operación y durante el proceso de cicatrización.

Como consecuencia de esto, recuerda el autor las precauciones que se deben tomar: la mala influencia de los vendajes demasiado apretados, del lavado intestinal y de las soluciones empleadas. (*Arch. für Gynak.*, Bd. XXXII, Heft 2.)

Pelvis estrechas (Terapéutica de las), por el doctor Dührssen.—1.° Pelvis generalmente estrechas. Los tocólogos están acordes en no intervenir en las pelvis generalmente estrechas sino cuando una complicación les obliga á terminar rápidamente el parto. El autor está conforme en esto, salvo en los casos de inclinación de la cabeza sobre el parietal posterior, en los que puede romperse el segmento inferior del útero, de procidencia del cordón y de los miembros, con desgracia en las maniobras de retropulsión y en los casos de presentación de hombro.

En los casos en que la cabeza está fija en el estrecho superior ha recurrido al forceps, y como la dificultad de la extracción es á menudo debida á la resistencia de las partes blandas, practica en el orificio uterino incisiones á derecha é izquierda. Este medio no permite tampoco hacer la craneotomía más que en los niños muertos. Prefiere el parto provocado á la operación cesárea.

2.° En las pelvis aplanadas raquíticas admite 4 grados de estrechez. En las de menos de 5 centímetros y medio está absolutamente indicada la operación cesárea; entre 5,5 y 8,5 prefiere el parto prematuro ó la craneotomía, sobre todo habiendo más de 7 centímetros.

Ciertos autores, en las pelvis de 7 centímetros á 9 centímetros y medio, hacen con un fin profiláctico la versión con extracción inmediata del feto en cuanto la dilatación es completa.

Dührssen no ejecuta la versión sino cuando la cabeza es todavía movible en el estrecho superior. Cuida de incindir lateralmente los bordes del orificio uterino y del periné

antes que la dilatación sea completa para vencer la resistencia de las partes blandas.

Estas incisiones se suturan inmediatamente después del parto. Cuando verifica la versión no coge más que un pie, lo que aumenta la dilatación de las partes en el momento del paso de la pelvis; para desprender la cabeza recurre al método de Mauriceaux combinado con la expresión uterina. Si la extracción es imposible ejecuta la craneoclastia. No aplica el forceps hasta que la cabeza no ha pasado suficientemente el estrecho, para que no sea ya accesible el promontorio. Ayuda el desprendimiento de la cabeza con presiones externas. No ha tenido nunca ocasión de emplear con el forceps la atracción en dirección del eje, recomendado últimamente por Brunm. *(Berliner Klinik.*, 1889.)

Placenta previa (Tratamiento de la) por la versión combinada, por el doctor Lower.—Este método, designado en Alemania con el nombre de método de Hofmeier, debería más bien llamarse de Braxton Hicks, médico que le introdujo en terapéutica en 1880. Da una mortalidad para la madre de 4,5 por 100, en tanto que la de los demás métodos es de 22 á 35 por 100.

En la inserción viciosa, colocada la placenta cerca del orificio ó en el mismo, dificulta la dilatación, que se verifica con extraordinaria lentitud y va acompañada de hemorragia por abrirse los vasos de la placenta. Pero la hemorragia cesa en seguida que la parte que se presenta se encaja en la pelvis y ejerce una compresión sobre el punto que da la sangre. De aquí la utilidad de la sutura de la bolsa cuando hay presentación de vértice y dilatación casi completa. Pero en los casos graves, y cuando el orificio no está dilatado, se consigue idéntico resultado con la versión combinada.

Cloroformizada la enferma, é introducida toda la mano en la vagina, se penetra prudentemente primero con uno y después con dos dedos en el cuello, que en los casos de inserción viciosa de la placenta está siempre blando y dilatable; después se rompen las membranas (pasando á través de la placenta si es central). En seguida, mediante maniobras externas, se procura empujar hacia delante de los dedos introducidos en el útero los miembros inferiores del feto. En el momento cesa la hemorragia, sobre todo si se

hacen ligeras tracciones. Pero hay que guardarse de verificar la extracción del niño para evitar desgarrar el cuello y producir más tarde una hemorragia mortal. Habrá que esperar á que se presenten los dolores, contentándose en este caso con hacer ligeras tracciones. (*Berliner Klinische Wochens., etc.*, 1889.)

Placenta retenida.—*Causas y tratamiento.*—Ahlfeld (*Zeitschrift für Geburts und Gynäk*, Band 16, Heft 2) considera como causa de retención de la placenta una estrechez del cuello y segmento inferior del útero, producida por irritabilidad de los tejidos uterinos, y este estado suele ser consecutivo á esfuerzos para expeler la placenta por presión. También es una causa de retención placentaria la adherencia de la placenta al útero, la cual puede ser consecutiva á una inflamación de la placenta (específica ó séptica), una nefritis materna y á causas aun desconocidas. Respecto al tratamiento, la placenta puede ser expelida espontáneamente si es posible, teniendo cuidado de no irritar el segmento uterino inferior (Ahlfeld practica el método expectante en la expulsión de la placenta). Cuando es necesaria la intervención manual no debe introducirse la mano en el útero, sino ejercer una suave tracción sobre el borde de la placenta con dos dedos desde el cuello uterino. Deben emplearse las más severas precauciones para conservar aséptica la vagina y el cuello. Ahlfeld refiere trece casos de retención placentaria, de los cuales sólo cuatro tuvieron períodos puerperales normales. Uno murió, existiendo en el recto uua afección más ó menos séptica. (*American Journal*, septiembre, pág. 320.)

Provocación del parto prematuro.— *Dilatadores de Hegar.*—[El doctor Lewers refiere dos casos en los que el procedimiento aquí descrito dió resultados excelentes, tanto para la madre como para el niño.] Teniendo en cuenta los resultados satisfactorios de la dilatación del cuello uterino con los dilatadores de Hegar en la práctica ginecológica, me pareció que debía ensayarse un método igual para provocar el parto. Los dilatadores ordinarios usados en ginecología no tienen, sin embargo, un tamaño apropiado para este objeto, por lo cual encargué á los señores Krohne y Sesemann me hicieran una serie mayor hasta el núm. 40, cuyo diámetro es de 1 $^{3}/_{4}$ de pulgada.

Debe recordarse que la serie ordinaria termina en el número 26. He aquí los detalles del método: Se da á la enferma una copiosa ducha vaginal con agua iodada caliente, se la pone en la posición obstétrica ordinaria y con el espéculum de Simsse hace visible el cuello uterino. Pásanse entonces los dilatadores de Hegar uno tras otro, hasta llegar á un tamaño que parezca el mayor que puede soportar el cuello. Debe tenerse á los dilatadores dispuestos para ser usados en una vasija de porcelana llena de una loción de ácido fénico, y antes de introducirlos son untados con aceite de trementina (1 por 5). A los pocos minutos se verá que el dilatador no está tan ajustado, quitándose y poniéndose otro mayor. Durante el proceso debe regarse la vagina de cuando en cuando con una loción fenicada (1 por 40). Cuando se ha pasado el dilatador mayor se deja en el cuello, descansando su extremo inferior contra la pared vaginal posterior. La presencia del dilatador, más el grado de dilatación ya existente, pueden bastar para provocar los dolores, retirándose entonces el dilatador y dejándose que el parto siga su curso ordinario. Si sólo se presentan ligeros dolores ó nada ocurre, á las cuatro horas después de insertado el dilatador mayor se romperán las membranas. Considerando que el cuello es dilatado hasta el tamaño de un círculo cuyo diámetro tenga 1 $^{3}/_{4}$ de pulgada, este procedimiento no se presta á las objeciones á que dió lugar la rotura de las membranas en el primer caso, cuando el cuello no está dilatado. (Doctor A. H. N. Lewers, *Lancet*, agosto 3, pág. 213.)

Sublimado corrosivo y creolina en obstetricia. — El doctor H. J. Garrigues añade la siguiente conclusión á una tesis sobre el sublimado corrosivo y la creolina en obstetricia: 1.°, la solución de bicloruro de mercurio, usada para las inyecciones intrauterinas, no debe tener más concentración de 1 por 5.000; 2.°, no deben usarse más de uno á uno y medio litros; 3.°, no debe dejarse ninguna cantidad de líquido en el útero y vagina; 4.°, no deben usarse inyecciones en los casos normales después del parto; 5.°, las inyecciones intrauterinas sólo deben darse una ó dos veces en las veinticuatro horas y las vaginales cada tres horas; 6.°, deben observarse con atención los síntomas y signos de absorción, y en cuanto apa-

rezcan suspender el uso del bicloruro; 7.°, no deben usarse las inyecciones en enfermas que tengan anemia, aborto, lesión renal ó diarrea; 8.°, es conveniente abstenerse del uso de las inyecciones mercuriales en absoluto, hasta que la experiencia demuestre que el sublimado corrosivo da mejores resultados que cualquier otro antiséptico; 9.°, el sublimado corrosivo se usará para desinfectar las partes externas, las manos del médico y asistentes y los instrumentos que se han de poner en contacto con la enferma; 10, el ácido fénico es quizás tan peligroso en inyecciones como el sublimado corrosivo; 11, otros germicidas menos enérgicos, en algunas ocasiones, llenan mejor el objeto; 12, la creolina es un excelente antiséptico, poco venenoso, un poderoso hemostático y suaviza todas las superficies, propiedades especialmente recomendables en la práctica obstétrica. (*American Journal*, agosto, pág. 127.)

MEDICINA

MEDICINA Y TERAPÉUTICA GENERAL

Art. 1.º—Sobre los resultados de los métodos de inoculación de Pasteur en el tratamiento de la hidrofobia.

Por Mr. Armand Ruffer.

[Reproducimos aquí sólo las conclusiones de una importante comunicación leída por el doctor Ruffer en la sesión anual de la Asociación Médica Inglesa, 1889.]

Tratemos ahora del verdadero valor del tratamiento del doctor Pasteur y contestemos á la siguiente pregunta. Suponiendo que uno de mis pacientes, ó yo mismo, he sido mordido por un animal hidrófobo, ¿tendré más probabilidades de salvarme inoculándome según los métodos de Pasteur? Para contestar con acierto á esta pregunta es necesario conocer la proporción de mortalidad habida en personas mordidas por animales rabiosos antes de inventar Pasteur su tratamiento, y consultar además las estadísticas de defunciones ocurridas en personas mordidas por dichos animales y que no han sido sometidas al tratamiento del eminente médico francés. Existen varias estadísticas que se publicaron antes del descubrimiento de Pasteur, y algunas hechas después de sus primeras publicaciones. Pero es necesario distinguir entre las personas mordidas por perros, gatos y demás animales domésticos, y las mordidas por lobos. Ahora bien, en la primera clase de casos la mortalidad ha sido estimada de varios modos. Faber ha reunido 145 casos de personas mordidas por animales rabiosos en el reino de Wurtemberg, observando que la mortalidad alcanzó el 19 por 100. En el Hospital general de Viena, y en 1860, se observó que de 115 personas mordidas murieron 25 (21,73 por 100 de mortalidad). Leblanc afirma que de 32 individuos mordidos por perros indudablemente hidrófobos murieron 5 (15,82 por 100 de mortalidad). En el año 1887, de 44 personas que

fueron mordidas en París por animales rabiosos, y que no se sometieron al tratamiento de Pasteur, murieron 7 (15,9 por 100 de mortalidad). Otras estadísticas arrojan una mortalidad que varía entre un 20 y un 50 por 100; pero estas cifras son probablemente demasiado elevadas, porque se refieren á datos oficiales en los cuales se suelen anotar con más exactitud los casos fatales que las curaciones, pudiendo, pues, rebajarse el tipo de mortalidad á un 15 por 100.

Por otra parte, en el caso de ser las mordeduras de lobos hidrófobos, las estadísticas de Renauld, Vallet, Du Mesnil, Bombarda y Gamaleia, dando un total de 1.296 casos, arrojan una mortalidad de 60 á 64 por 100. Así, por ejemplo, un lobo en Ewanguliezensic, Rusia, mordió á 35 hombres y 23 mujeres. Las heridas fueron cauterizadas con potasa cáustica, á pesar de lo cual murieron 24 de los primeros y 15 de las segundas (67,74 por 100 de mortalidad) en seis meses. También varía la mortalidad según la parte del cuerpo mordida. Las estadísticas del Comité de Higiene, desde 1862 á 1872, demuestran que de las personas mordidas en la cara mueren el 88 por 100 (50 casos); en las manos, el 67,25 por 100 (113 casos); en las extremidades superiores el 30 por 100 (40 casos); en las inferiores, el 21,21 por 100 (33 casos), y en el tronco, el 31,80 por 100 (22 casos).

Esta proporción en la mortalidad es probablemente demasiado elevada, porque en una dependencia oficial como el Comité de Higiene se apuntan escrupulosamente los casos fatales, no sucediendo lo propio con la generalidad de los curados. Estos datos demuestran asimismo que las mordeduras en la cara son más peligrosas que las de cualquier otra parte del cuerpo, pues según las estadísticas de Leblanc, que comprenden sólo unos cuantos casos, arroja una proporción de un 80 por 100 de muertes.

Las estadísticas llevadas en el Instituto de Pasteur se hacen del modo siguiente: Practícanse escrupulosas indagatorias en cada paciente, para saber si el animal que le mordió estaba ó no hidrófobo. Si hay posibilidad se hace remitir al laboratorio de Pasteur la cabeza del animal causante de las lesiones, cuyo cerebro, después de emulsionado, se inyecta debajo de la duramadre de un conejo.

Si no es posible obtener la cabeza se procura un certificado del veterinario que haya visto al animal, indagándose al mismo tiempo el número de personas y animales que haya mordido. Hecho esto, se dividen los datos en tres columnas. En la primera (A) se colocan las personas mordidas por animales que se ha probado estaban hidrófobos, consistiendo la prueba en ver si después de inoculado un conejo ó una gallina de Guinea con una parte del sistema nervioso central se hacen hidrófobos. En esta columna se colocan también las personas que han sido mordidas por un animal que ha mordido á su vez á otra persona ó animal que haya muerto hidrófobo. En la segunda columna (B) se ponen las personas que han sido mordidas por animales que los veterinarios certifican estaban rabiosos. En la tercera columna (C), por último, van aquellas que han sido mordidas por animales que se sospecha estuviesen hidrófobos.

Durante el período comprendido entre noviembre de 1885 á enero de 1886 fueron inoculadas en el Instituto Pasteur, de París, 2.164 personas mordidas por animales que se probó estaban hidrófobos. De éstos murieron 32 (0,47 por 100 de mortalidad). Además 518 personas, tenidas casi con seguridad por hidrófobas, fueron sometidas al mismo tratamiento, muriendo 3 (0,58 por 100 de mortalidad). Téngase en cuenta que en las estadísticas están comprendidos aquellos casos que murieron inmediatamente después del tratamiento, los cuales, al menos muchos de ellos, hubiesen obtenido algún efecto benéfico si hubiese aquél sido aplicado antes. De estas 2.164 personas 214 fueron mordidas en la cara y cabeza, de las cuales 186 lo fueron por animales que se probó estaban hidrófobos, muriendo 9, es decir, una mortalidad de un 4,83 por 100. Téngase, sin embargo, en cuenta que 136 de estos casos fueron tratados por el método simple, arrojando por lo tanto la mortalidad con dicho método un 6,61 por 100. No satisfecho con estos resultados, Pasteur inoculó 50 por el método intensivo, no muriendo ninguno. La mortalidad en las personas mordidas en las manos fué de un 1,22 por 100; entre las que lo fueron en las extremidades y cuerpo, un 0,66 por 100, mientras que la menor mortalidad entre los no tratados es de un 15 por 100.

Antes de estudiar las estadísticas del Instituto Pasteur debo decir algunas palabras sobre las publicadas en otros países, porque el valor de cualquier tratamiento especial es mejor juzgado cuando se examinan los resultados obtenidos por distintos observadores. En muchos países hay ya establecidos estos Institutos, cuyos resultados voy á tratar de exponeros hasta donde me son conocidos.

Bujwid, en los últimos seis meses del año 1886, inoculó 104 personas mordidas por animales verdaderamente hidrófobos ó tenidos por tales, muriendo sólo una. Ensayó entonces un tratamiento más débil en 193 casos, de los cuales murieron 8, todos mordidos en la cara. Determinóse después á ensayar el tratamiento intensivo inoculando 370 personas mordidas por animales indudablemente rabiosos, de las cuales 4 lo fueron en la cara por lobos y 30 en la misma región por perros. Todas estas 370 personas viven hoy más de un año después de la última inoculación. En una carta de Bujwid, fechada el 29 de julio de 1889, me dice que lleva inoculadas en este año 146 personas, habiendo muerto sólo una. También me dice que en la provincia donde reside, 31 personas mordidas que no fueron inoculadas murieron hidrófobas.

En San Petersburgo, desde el 13 de julio de 1886 al 13 de septiembre de 1888, fueron inoculadas 484 personas, siendo la mortalidad de un 2,68 por 100.

En Odessa, el doctor Gamaleia inoculó, en 1886, 3324 personas por el método simple, muriendo el 3,39 por 100. En 1887 inoculó 345 personas por el método intensivo, siendo la mortalidad de 0,58 por 100, mientras que en 1888 alcanzó aquélla un 0,64 por 100 en 364 casos. El doctor Bardach, actual director del Instituto antirrábico de Odessa, ha tenido la amabilidad de enviarme los siguientes datos: 36 personas fueron inoculadas después de haber sido mordidas en la cara por perros hidrófobos, de las cuales sólo un niño de siete años, que llegó á Odessa catorce días después de haber sido mordido, murió al quinto día de tratamiento, antes de que hubiera producido efecto alguno. Todos los pacientes que curaron habían sido horriblemente mordidos, en particular uno tenía en la cara ocho heridas y once en las manos. De otros 333 casos inoculados por el doctor Bardach, sólo dos murieron (0,63

por 100 de mortalidad). Entre los curados había uno que tenía 30 heridas profundas producidas por un lobo que se probó estaba hidrófobo. Entre los 333 casos antes mencionados había 7 hombres que no habían sido mordidos, pero que insistieron en ser inoculados como medida preventiva.

En Moscow, el doctor Gwozdreff inoculó 107 personas en 1886 por el método simple, obteniendo una mortalidad de 8,40 por 100. En 1887, con el tratamiento intensivo, la mortalidad fué de 1,27 por 100 en 280 casos inoculados. El doctor Julio Goldendach (jefe del Hospital del Emperador Alejandro III, en Moscow), en una carta particular, me informa que en Moscow, durante el año 1888, fueron inoculadas 431 personas por el método de Pasteur, de las cuales 328 habían sido mordidas por animales domésticos (1,82 por 100 de mortalidad) y 70 por lobos, de los que murieron 12 (14,28 por 100 de mortalidad); tres de las muertes ocurrieron en personas que habían sido mordidas en la cara y cabeza, muriendo una á los diez días sólo de haber terminado el tratamiento, y las dos restantes antes de que las inoculaciones preventivas pudieran hacer algún efecto sensible; 7 de las 12 muertes consecutivas á las mordeduras de lobos ocurrieron en personas mordidas en la cara y cabeza, mientras que 3 de ellas tuvieron lugar ó durante el tratamiento ó dentro de los catorce días después de las inoculaciones preventivas, es decir, quince, diez y nueve, veintiuno, veinticuatro, veintisiete, veintiocho, treinta y tres y cuarenta y cuatro días después del accidente. En las otras 2, una murió cuarenta y cinco y la otra cincuenta y un días después de haber sido mordidas.

Estas estadísticas rusas son sumamente interesantes, porque muchos de los casos fueron mordidos por lobos rabiosos, y ya sabemos que la mortalidad, si no se practica en seguida la inoculación, varía entre el 60 y el 64 por 100. Gamaleia, en 1888, recogió 119 casos de personas mordidas por lobos é inoculadas según los métodos de Pasteur, de los que sólo murieron 8, es decir, el 6,72 por 100. El tratamiento de Pasteur salvó, pues, el 63 por 100.

En Turín (Italia), el doctor Guido Bordoni Uffreduzzi ha inoculado 531 personas, de las cuales 486 fueron mordidas por animales hidrófobos sin género alguno de duda,

muriendo sólo 10, es decir, el 1,88 por 100. Aquí podemos además apreciar el valor del tratamiento intensivo, comparado con el método simple, porque examinando las estadísticas del doctor Uffreduzzi veremos que sometió 372 personas al tratamiento simple, de las que murieron 9, es decir, el 2,54 por 100; mientras que de las 158 inoculadas por el método intensivo sólo murió una, es decir, el 0,56 por 100. De 43 personas mordidas en la cara, é inoculadas por él, sólo murió una. En Lisboa, el doctor Baratiesi inoculó 335 personas hasta noviembre de 1888, muriendo sólo 2, es decir, una mortalidad de 0,59 por 100.

El doctor Luigi di Blasi ha tenido la bondad de remitirme la siguiente relación de sus inoculaciones en Palermo. Ha inoculado á 343 personas desde marzo de 1887, de las cuales 66 lo fueron por el método simple (3,03 por 100 de mortalidad) y 177 por el intensivo (0,71 por 100 de mortalidad). De 21 personas mordidas en la cara murió una, mientras que de 322 que lo fueron en varias partes del cuerpo murieron 3.

En Nápoles, el profesor Cantani, ayudado por los doctores di Viertea y Zagari, ha inoculado 347 personas, de las cuales 296 fueron mordidas por animales evidentemente hidrófobos (1,72 por 100 de mortalidad).

En Constantinopla han sido inoculadas hasta noviembre de 1888 34 personas, no muriendo ninguna.

En la Habana, el doctor Tamayo ha inoculado 170 personas, con una mortalidad de 0,60 por 100.

Creo haber demostrado de un modo concluyente que el tratamiento de Pasteur ha dado buenos resultados en otros países aplicado por diferentes observadores; volvamos, pues, á las estadísticas antes citadas, reflejo de la propia experiencia del eminente innovador francés. Las cuatro siguientes tablas os informarán mejor que nada de cuanto pueda decir del resultado de sus inoculaciones:

TABLA I

1.º de enero á 31 de diciembre de 1887.

	A	*B*	*C*
Número de personas inoculadas.	1778	1501	277
Mortalidad *a*.	1,14 por 100	1,52 por 100	0,78 por 100.
— *b*.	1,12 —	1,26 —	»
— *c*.	0,71 —	0,91 —	ninguna.

TABLA II

Personas mordidas en la cara y cabeza que han seguido el tratamiento de Pasteur en Paris durante el año de 1887.

	A	B	C
Número de personas inoculadas. .	145	127	18
Mortalidad *a*.	7,61 por 100	7,87 por 100	5,55 por 10 .
— *b*.	4,18 —	4,72 —	ninguna.
— *c*.	2,06 —	2,51 —	—

TABLA III

1.º de enero á 31 de diciembre de 1888.

	A	B	C
Número de personas inoculadas. .	1626	1371	255
Mortalidad *a*.	1,16 por 100	1,31 por 100	0,39 por 100.
— *b*.	0,79 —	0,94 —	ninguna.
— *c*.	0,55 —	0,65 —	—

TABLA IV

Personas mordidas en la cara y cabeza que han seguido el tratamiento de Pasteur en el año de 1888.

	A	B	C
Número de personas inoculadas. .	123	109	14
Mortalidad *a*.	7,33 por 100	8,25 por 100	ninguna.
— *b*.	4,80 —	5,41 —	—
— *c*.	3,44 —	2,75 —	—

Explicaciones.—En la columna *A* de cada tabla están incluidos todos los casos inoculados en el Instituto de Pasteur durante el año. En la columna *B* están sólo comprendidas las personas mordidas por animales evidentemente hidrófobos en el momento de morder (esto corresponde á las columnas *A* y *B* de las tablas de Pasteur). La columna *C* marca el número de personas mordidas por animales que, aunque tenidos por hidrófobos, no se ha podido probar que evidentemente lo fueran.

Mortalidad *a*. Mortalidad total, incluyendo los pacientes muertos durante el tratamiento.

Mortalidad *b*. Mortalidad después de los muertos durante el tratamiento.

Mortalidad *c*. Mortalidad después de excluir los que mueran en los catorce días después de completado el tratamiento. *La menor mortalidad en personas mordidas por animales hidrófobos y no inoculadas llega al 15 por 100 lo menos.*

Un hecho notable, relacionado con esto, es que en el año 1887 fueron mordidas en París por animales rabiosos 350 personas, de las cuales fueron inoculadas por Pasteur 306, muriendo 3, es decir, el 0,97 por 100; mientras que de las 44 no inoculadas murieron 7, ó sea el 15,9 por 100.

Hay una cuestión que aun no he tocado, y es ésta: ¿Sábese de algunos casos en que pueda probarse que el tratamiento de Pasteur haya producido la muerte? Contesto, y lo hago sin género alguno de duda, que todavía no se ha registrado uno solo. Muchos de los que con Pasteur trabajan en el departamento correspondiente de su Instituto se han inoculado como medida preventiva, sin que ninguno de ellos haya sentido el más ligero efecto nocivo.

¿Qué deducimos de esto? ¿Qué contestación daremos á la pregunta hecha al principio de estas conclusiones? Creo que simplemente ésta: «Si yo ó uno de mis clientes fuera mordido por un perro rabioso ó tenido por tal, no dudaría un momento en inocularme y en hacer inocular á aquél». (*British Med. Journal*, septiembre 31 de 1889, pág. 637.)

2.—Sobre el tratamiento de la fiebre.

Por el doctor F. Huertas, del Hospital general de Madrid.

Al ocuparse del tratamiento de la fiebre en la notable conferencia que sobre el concepto de la fiebre ha dado en el Hospital general de esta Corte nuestro apreciable compañero, manifiesta que á su juicio son de dudosa utilidad los medicamentos antitérmicos (salvo los casos de indicación vital) cuya acción fisiológica no está evidentemente averiguada, y de los cuales sólo sabemos que obran alterando el sistema circulatorio y nervioso cerebro-espinal, mientras que dejan de utilizarse otros de utilidad reconocida como los calomelanos y las fricciones hidrargíricas. Aun las sales de quinina, irreemplazables por otra parte para las fiebres palúdicas, no reportan grandes beneficios en las infecciones de otra índole; pues que para obtener descensos de temperatura de alguna consideración es preciso emplear dosis de gramos, cantidad desde luego peligrosa por los desórdenes que se producen en el encéfalo y

en el corazón, cuyos desórdenes son más peligrosos y perturban más el buen curso de la fiebre que ventajas se puedan obtener con un descenso pasajero en el termómetro de algunas décimas de grado.

Desde hace poco tiempo usa, no un nuevo medicamento, pero sí una nueva forma de administrarlo; se refiere al sublimado, y casi puede asegurar que tanto sus discípulos como él están satisfechos y sorprendidos por sus resultados de eficacia inmediata. Antes daba los calomelanos á dosis purgante (sobre todo en la fiebre tifoidea), disponía enemas con sublimado al 1 por 5.000, hacía afusiones con agua y vinagre alcanforado, prescribía algún baño general cuando los síntomas nerviosos lo reclamaban, y salvo los casos excepcionales en que la enfermedad terminaba por muerte, siempre seguía aquélla su curso en tres ó cinco septenarios, sobreviniendo luego una convalecencia larga y laboriosa.

¿Qué le ocurrió con las enfermas que ocupaban las camas números 27 y 29? La primera entró en la sala en el décimotercero día de una fiebre tifoidea que, por su estado ataxoadinámico y lo confluente de la erupción rosácea, traía á la memoria las antiguas descripciones del tabardillo pintado; era una enferma en gravísimo estado, y en ella precisamente empezó á usar el sublimado al interior, según la fórmula inserta en un folleto sobre la difteria escrito por Devisson en Buenos Aires. En aquellas circunstancias manifestó el doctor Huertas á sus discípulos que le constaba la eficacia de dicha fórmula por haberla empleado en dos ocasiones, y que por inducción le parecía lógico usarla para la infección tifoidea, máxime cuando empleaba ya con entera confianza los enemas de sublimado al 1 por 5.000.

El otro caso no era menos concluyente: era de diagnóstico claro, y aunque en el décimo día del padecimiento el sindrome nervioso de la enferma nada ofrecía de particular, la temperatura alcanzaba la cifra de 40,8 con una postración próxima á la adinamia; en estas dos enfermas, en el transcurso de cinco días, se vió desaparecer todo el cuadro de síntomas, insinuándose una franca convalecencia, pudiéndose apreciar en la gráfica de temperatura el descenso por defervescencia ó crisis.

He aquí la fórmula:

Licor de Van Swieten.	90 gramos.
Percloruro de hierro (solución normal). . . .	4 —
Clorato de potasa.	4 —
Alcohol de menta	10 gotas.
Agua.	120 gramos.

Disuélvase; para tomar una cucharada de las de café cada dos horas diluída en 60 gramos de agua azucarada.

Piensa, por lo tanto, seguir empleando este nuevo método de tratamiento, sin olvidar por eso la hidroterapia y el amasamiento, cuyo objeto es llevar más energía á los nervios vasomotores, para que á su vez impriman mayor actividad en los cambios moleculares y hacer que se reabsorban los productos de combustiones perturbadas. (*Revista Clínica de los Hospitales*, septiembre de 1889.)

3.—Sobre las descargas precríticas en las enfermedades agudas; causas del estado tifoideo.

Por el doctor A. Robin.

Ya en 1877 había demostrado el autor que en la fiebre tifoidea existía retención en el organismo de productos tóxicos, que había una relación entre esta retención y la gravedad de la enfermedad y que la defervescencia y hasta la convalecencia estaban subordinadas en parte á verdaderas descargas de productos tóxicos.

La realidad de la retención está bien probada, puesto que los materiales extractivos existen en la sangre en una proporción tanto mayor cuanto más grave es la enfermedad, y que la disminución de los principios extractivos urinarios coincide con un aumento de los extractivos de la sangre y una agravación de la enfermedad.

En cuanto á la subordinación del fenómeno crítico á las descargas urinarias, se apoya en numerosos hechos.

Las eliminaciones urinarias siguen una marcha ascendente si se considera cada uno de los períodos de la enfermedad.

Todo fenómeno crítico va acompañado de la eliminación por la orina de un exceso de materiales sólidos. Para saber el carácter de los sudores que sobrevienen durante

el período de estado no hay más que medir las cantidades de orina y dosificar los materiales sólidos; disminuyen los dos si los sudores son indiferentes, y aumentan si los sudores son críticos.

Los primeros signos técnicos de la defervescencia van precedidos en el 35 por 100 de los casos de un aumento de la eliminación de los materiales sólidos y ésta precede á estos signos veinticuatro horas.

En los casos graves estas descargas precríticas se observan casi constantemente. Cuando una fiebre tifoidea aborta más ó menos repentinamente, este fenómeno es debido á la eliminación brusca de los restos de la desintegración orgánica, con la reserva, sin embargo, de que el proceso de desintegración no prosigue su obra.

Existen descargas precríticas de la convalecencia.

La eliminación de la creatina no llega á su máximum hasta la tercera ó cuarta semana de la enfermedad.

También se verifican las descargas por otras vías distintas de la renal, pero siempre concurren con ella.

En las fiebres de reversión la proporción de los elementos eliminados no adquiere la marcha progresiva ascendente que caracteriza las formas de la fiebre tifoidea.

La influencia crítica de ciertas hemorragias intestinales, y algunas veces de las epistaxis abundantes, han parecido revelar también una brusca disminución de los venenos retenidos en la circulación.

En la pulmonía, la grippe grave, los reumatismos de marcha tifoidea, que pueden tomar los caracteres de una enfermedad tifoidea, hay retención en los tejidos de los restos de su actividad.

El estado tifoideo es, pues, causado por la retención en el organismo de los restos de materias extractivas, leucomainas, ptomainas, cuya eliminación se encuentra retardada. Es la expresión exterior de una auto-intoxicación que posea una lesión específica, *lesión química*, es decir, la retención de los residuos de destrucción, aumentada con oxidación relativamente disminuída. (*Gazette des Hôpitaux. Ann. de Thérap.*, pág. 198.)

4. — Sobre un sistema especial de inyección hipodérmica de ciertos medicamentos irritantes ó cáusticos.

Por el doctor J. L. Gimbert (de Cannes).

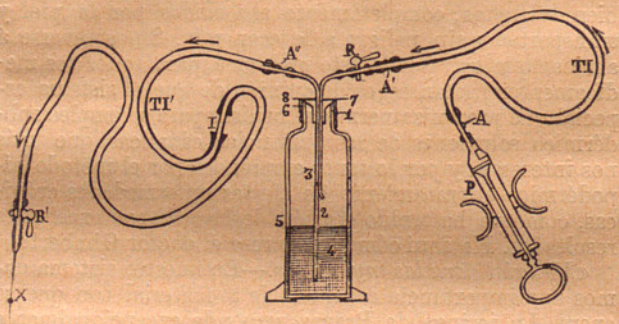
Como á pesar de sus ventajas no se ha generalizado el método hipodérmico, cree el autor que la causa consiste en no haberse estudiado suficientemente las condiciones y procedimientos á propósito para hacer práctica la inyección, y piensa que es necesario resolver el problema de encontrar los procedimientos físicos y fisiológicos que permitan á los medicamentos serios, irritantes ó cáusticos, ser bien tolerados, completamente absorbidos por la piel y transportados sin peligro á la economía. Sin atreverse á afirmar que ha resuelto este problema para todos los medicamentos irritantes, es de opinión de que el sistema especial que preconiza permitirá utilizar para su empleo subdérmico soluciones de las sustancias cáusticas que más nos interesan, y por lo tanto emprender por el método hipodérmico el tratamiento de ciertas enfermedades crónicas, como ya ha tenido ocasión de hacerlo con excelentes resultados. He aquí cómo se expresa el doctor Gimbert:

«*Material para las inyecciones.*—En nuestro sistema damos una importancia considerable al material con que se opera. La jeringa de Pravaz responde excepcionalmente á nuestras necesidades. La hemos reemplazado por una jeringa de plata fina de 5 centímetros cúbicos de capacidad, en la que es expulsado el líquido mediante las vueltas de un pistón, cuyo tallo está provisto de ranuras de tornillo. La jeringa cuyo pistón da vuelta debe ser preferida á cualquiera otra. Permite hacer penetrar bajo la piel, por porciones infinitesimales y sin sacudida, 5 centímetros cúbicos de líquido. Esta operación es insensible si el operador es diestro y poco impaciente.»

«*Inyector cutáneo.*—No respondiendo la jeringa más que á un limitado número de indicaciones, hemos hecho construir un inyector especial con el precioso concurso de M. Collin. Basta echar una ojeada por la figura adjunta, que representa su corte vertical, para darse cuenta exacta de sus disposiciones y de su funcionamiento.

»Su conjunto puede descomponerse en tres partes, una

central y dos laterales. La primera está constituída por un frasco estrecho y largo de cristal grueso, de cerca de 120 centímetros cúbicos de cabida, en el que penetran dos tubos de plata fina de longitud desigual. Su cavidad interior presenta dos departamentos virtuales, uno inferior (número 4), que recibe exactamente 60 centímetros cúbicos de líquido. En el exterior existe grabada una escala graduada en centímetros cúbicos para precisar los límites. La otra, la superior (núm. 3), sirve para contener almacenado el aire comprimido destinado á empujar los líquidos que se inyecten (núm. 4).



P, Bomba impelente; *A*, ajuste; *TG*, tubo insuflador; *A'*, ajuste; *R*, llave de reserva; 1, tubo para distribuir la presión; 2, tubo que se introduce en el líquido (de plata ó platino); 3, cámara de aire comprimido; 4, líquido; 5, graduación; 6, rodaja de cautchuc; 7, placas en que están los tubos; 8, tapón metálico que ajusta á tornillo; *A''*, ajuste; *TI*, tubo inyector; *I*, índice transparente; *R'*, llave de distribución; *X*, aguja.

»El frasco está fijo por su base á un disco metálico grueso que asegura su estabilidad; su cuello está cerrado herméticamente por un tapón complejo que merece una descripción especial.

»Si se examina la figura adjunta, se observarán las particularidades siguientes: un disco de metal (núm. 7), del tamaño del cuello, está provisto en su base inferior de una placa de cautchuc grueso, de la misma dimensión y fuertemente ajustado sobre el orificio por una cápsula metálica (núm. 8), que se fija por medio de un tornillo á una

anilla metálica que rodea el cuello. De esta manera no puede escaparse el aire por el tapón.

»Los tubos metálicos atraviesan el tapón, soldándose al disco obturador (núm. 7). El núm. 1 se termina en la cámara de aire, y se continúa al exterior con la porción lateral derecha del aparato, que no es más que una bomba impelente provista de un largo tubo insuflador *(TI)*. El número 2, que se introduce hasta el fondo del frasco, se ajustará al exterior por medio de un largo tubo de cautchuc de 35 centímetros, con una llave especial llamada de *distribución*, que es la pieza importante de la porción lateral izquierda. Esta llave tiene unos 7 á 8 centímetros de larga. El eje está colocado en una extremidad del tubo, de tal manera que la otra porción es muy larga y encaja por completo en el tubo periférico de cautchuc, con el que forma un cilindro resistente que sirve de punto de apoyo al operador. La otra extremidad sirve para ajustar las agujas, estando el eje central provisto al exterior de una manecilla que permite graduar á voluntad la abertura de la llave.

»Los tubos de cautchuc están revestidos con una cubierta de seda destinada á hacerlos inextensibles; con estos detalles es fácil comprender el funcionamiento del aparato.

»Cargado el frasco, herméticamente cerrado y bien ajustadas todas las piezas, la bomba *P* impulsa el aire á la cámara superior (núm. 3); éste comprime el aire medicamentoso que sale por el tubo, que en él se sumerge y llega á la llave *R'*, por la que saldrá cuando quiera el operador para penetrar bajo la piel.

»La escala grabada en el recipiente permite medir exactamente las cantidades de líquido expulsadas. Importa hacer constar en este sentido que, á causa de la capilaridad y del espesor del cristal, la línea de superficie parece triple. Es necesario fijarse en la línea del medio, que es la más marcada.

»Terminada la inyección, se puede desmontar por completo el aparato y lavar ó vaciar exactamente el tubo inyector. Este instrumento nos ha servido para todas las soluciones que hemos empleado. Teniendo el aceite el inconveniente de reblandecer el cautchuc, será conveniente poseer tubos de repuesto. Antes de utilizarle habrá necesidad de hacer aséptico el inyector por medio de lavados repeti-

dos y antisépticos. Las agujas que empleamos son largas y de un diámetro doble del de las agujas de morfina; cuando se quieren inyectar aceites deben estar siempre *absolutamente* limpias y bien afiladas.

»Este aparato permite utilizar al médico una gran cantidad de líquido. Cargado de aire comprimido funciona solo, y por medio de la llave se puede regular la inyección y evitar el dolor. Por último, merced á la escala del frasco es fácil apreciar las cantidades de líquido inyectadas.»

Para probar su nuevo sistema ha empleado el autor el iodoformo, el iodol, el eucaliptol, la antipirina, el cloroformo, el éter, el bisulfato de quinina, el clorhidrato neutro de quinina, el ácido fénico y la creosota verdadera. El número de inyecciones hechas con estos agentes fué de 1787. Todas presentaron, bajo el punto de vista local, fenómenos comunes, y excepcionalmente los especiales ó accidentales. Fueron los primeros el dolor causado por la picadura, el provocado por la inyección, el producido por los líquidos, el motivado por las reacciones nerviosas, el levantamiento y retracción de la piel y la absorción. Los fenómenos accidentales que pueden producir los líquidos empleados son la irritación, dependiente de una asepsia insuficiente de los líquidos y de la naturaleza y concentración de las soluciones; rara vez la inflamación, siempre achacable á la introducción de microbios ó cuerpos extraños bajo la piel; la linfagitis, propia de sujetos debilitados y cuando se utilizan aparatos mal conservados y limpios ó tubos de cautchuc ya muy usados; la induración, dependiente de las concentraciones de las soluciones medicamentosas, y el equimosis y la urticaria, fenómenos sin valor alguno.

He aquí el título de algunas de las soluciones empleadas por el doctor Gimbert:

Creosota verdadera	1	gramo.
Aceite de olivas aséptico	14	—
Iodol ó iodoformo	1	—
Aceite de olivas	29	—
Acido fénico cristalizado	1	—
Aceite de olivas ó agua alcoholizada	49	—
Clorhidrato neutro de quinina	1	—
Agua destilada ó hervida	9	—
Antipirina	1	—
Agua destilada	10	—

Estas inyecciones, practicadas según el método especial referido, no tienen, á juicio del autor, ninguna analogía con las practicadas hasta ahora. En éstas, la proporción de vehículo inyectado es insignificante; la acción irritante, cáustica ó destructiva sobre el tejido celular, es la regla si se emplea una dosis terapéutica; la absorción es difícil, lenta é incompleta, el dolor es muy vivo. Siguiendo su nuevo sistema el dolor es insignificante ó nulo, porque la inyección se hace lentamente, verificándose bajo la piel una difusión más bien que una colección; la cantidad de vehículo inyectada es relativamente poco considerable; la dosis terapéutica está á la discreción del médico; la absorción íntegra es rápida, siendo la regla la ausencia de toda lesión de los tejidos. De este modo ha creado, pues, un progreso ensanchando el dominio ya tan vasto de la terapéutica subcutánea; y por lo que se refiere á las sustancias ensayadas, cree haber conseguido hacer tolerar y absorber por la piel medicamentos irritantes ó cáusticos, prometiéndose estudiar los efectos fisiológicos de los medicamentos absorbidos y deducir consecuencias terapéuticas respecto á la tuberculosis, la septicemia, la fiebre intermitente, los trastornos nutritivos y circulatorios, y precisar las indicaciones y contraindicaciones del sistema ó de la medicación por este sistema que somete á la aprobación de sus colegas. (*Gazette Hebdomadaire*, 19 de abril de 1889.)

5.—Valor comparativo de la antipirina antifebrina y fenacetina como antipiréticos.

Por A. Crombie, cirujano del Hospital general de Calcuta.

[El doctor Crombie resume sus observaciones de siete casos tratados sistemáticamente por una ú otra de las sustancias arriba nombradas del modo siguiente]:

Primero. Respecto á eficacia, la antipirina es la primera, habiendo poca diferencia entre la antifebrina y la fenacetina en las dosis á que las he prescrito.

Segundo. Respecto á los peligros de efectos nocivos, la prioridad corresponde á la fenacetina, no habiendo observado jamás un excesivo descenso de la temperatura como resultado del uso de esta sustancia; no sucediendo lo mis-

mo con la antifebrina y antipirina, llegando esta última hasta producir el colapso.

Tercero. Respecto á la rapidez de acción, la antipirina, probablemente debido á su solubilidad, ocupa el primer lugar, la antifebrina el segundo y la fenacetina el tercero. El descenso después del uso de la fenacetina es más gradual, no llegando el mínimum hasta tres, cuatro y á veces cinco horas después de administrada.

Cuarto. Respecto á la duración del efecto, se debe preferir la fenacetina.

Quinto. Respecto á la seguridad en la manera de obrar, las coloco en el mismo orden establecido para la rapidez: antipirina, antifebrina y fenacetina. Creo aquí conveniente hacer una observación contra el uso de las tabletas de fenacetina, y es que son tan duras que no pueden disolverse en el estómago, ó lo hacen en tan pequeña cantidad que apenas se percibe su efecto sobre la temperatura, debiendo preferirse administrarla en polvo ó en hostias.

Sexto. Respecto á los inconvenientes, en la India, el uso de la fenacetina va seguido de una diaforesis abundante, igual á la que produce la antipirina y la antifebrina, lo cual es, según mi opinión, el gran escollo en el uso de los antipiréticos, teniendo los enfermos necesidad de mudarse de ropa una ó dos veces durante la noche después del uso de cualquiera de estas sustancias. En los casos por mí observados, según se puede ver, estas sustancias no acortaron de ningún modo la fiebre. La entérica llegó á su término natural á las tres ó cuatro semanas, no influyendo absolutamente en nada su uso respecto á las recidivas, y en cuanto á las fiebres continuas y remitentes, probablemente tampoco tienen sobre ellas efecto abortivo. Me inclino, sin embargo, á creer que hay cierto número de casos de fiebre que con su uso terminan rápidamente. Aludo á aquellos casos en los cuales se presenta repentinamente una fiebre alta después de un escalofrío ó de la exposición al sol, en los cuales la administración de una dosis de antifebrina ó fenacetina es seguida de abundante diaforesis y desaparición consecutiva de todos los síntomas febriles. Creo que estos casos son más frecuentes en mi práctica desde la introducción de estas sustancias que antes. Sin embargo, si en un caso de fiebre remitente ó continua, sea ó no tifoi-

dea, los antipiréticos no cortan la fiebre, ¿producen algún beneficio, ó al hacer desaparecer temporalmente los síntomas retrasan el curso del caso? En otras palabras, ¿alivian uno de los síntomas á costa de la vida del enfermo y cuál es el valor del alivio que producen?

Ante todo, en casos de hiperpirexia, donde la vida del paciente está amenazada por la intensidad de la fiebre misma, no debemos dudar, sino que desde luego procederemos á reducir á toda costa la temperatura; pero en aquellos casos donde sea posible, y lo es generalmente en la mayoría, suele ser mejor y menos expuesto recurrir á la aplicación del frío, envolviendo al paciente en sábanas mojadas, etc. Cuando no pueda hacerse esto tendremos que echar mano de los medicamentos, y entre ellos la antipirina es el que mejor y más rápido efecto produce. Pero cuando la temperatura no es tan elevada que sea un inminente peligro para la vida, creo sea conveniente también reducirla, pues se ha observado que una temperatura de 35 á 40° se opone á la digestión y puede dar lugar á esos cambios estructurales, especialmente en el tejido muscular cardíaco, que constituyen el gran peligro de un estado pirético continuado.

La reducción de la temperatura por bajo de 40°, aunque sea temporalmente, es un deber imprescindible; pero ¿de qué modo puede hacerse mejor? Contestaría otra vez que la manera menos expuesta de hacerse es por medio de las aplicaciones frías antes citadas; pero existen dificultades prácticas para su uso, sobre todo cuando se trata de un caso de fiebre de larga duración, que obliga recurrir á los medicamentos antipiréticos. Si queremos evitar principalmente cualquier indicio de colapso, la fenacetina será probablemente la que mejor resultado dará. Si, por otra parte, se trata de un caso que requiera una rápida intervención, preferiremos la antifebrina. En mi propia práctica esta es la regla que ahora sigo, no dejando, á ser posible, que la temperatura llegue á 40°. Tengo siempre presente la imposibilidad que hay de digerir y absorber el alimento á dicha temperatura, así como el temor de que sobrevengan alteraciones nutritivas en el corazón, consecutivas á la persistencia de altas temperaturas, y me parece que los casos de fiebre entérica, sistemáticamente tratados de este modo,

siguen un curso más benigno, tienen menos complicaciones y una convalecencia más rápida que antes, que además del tratamiento diaforético y diurético, se daba poca importancia á la disminución de las temperaturas altas.

Créese por algunos que el sacudimiento que en el organismo se produce al impedirse la elevación natural de la temperatura puede ser perjudicial, pero confieso que nunca he observado nada apreciable que pudiera atribuirlo á dicha causa. La sudación también puede considerarse como debilitante, y aunque indudablemente molesta mucho, hállase esto compensado con el bienestar que produce el descenso de temperatura consecutivo.

Hay una particularidad propia de la fenacetina y que no se observa en los demás antipiréticos. Me refiero á un efecto soporífero que indudablemente posee, y que en casos de fiebre ligera acompañada de insomnio é inquietud, una dosis de 15 á 20 centigramos, que al menos en este clima no es suficiente para producir una diaforesis apreciable, tranquiliza y hace conciliar el sueño sin que al despertar se experimente jaqueca.

Para terminar: en la apoplejía, insolación é hiperpirexia está generalmente indicada la antipirina; en temperaturas de 40 y 41° se debe emplear la antifebrina ó fenacetina, y en temperaturas menores es preferible la última. *(Practitioner,* octubre de 1889, pág. 269.)

6.—Sobre el tratamiento antiséptico de la viruela.

[Por el doctor Lewentanei (de Constantinopla).]

En ningún país ha causado la viruela tantos estragos como en Oriente. La viruela es aquí endémica y se propaga de igual manera que cualquiera otra enfermedad común, con la sola diferencia de que la primera experimenta á veces recrudescencias bajo la forma epidémica para continuar después esporádicamente sus estragos en diferentes localidades. Mientras que más de un médico extranjero no ha tenido jamás ocasión de observar un caso de viruela, aquí cada particular conoce la enfermedad por su propia experiencia. Ha ocurrido, pues, á un práctico encanecido, nuevamente establecido en esta localidad, diagnosticar la lepra en un caso grave de viruela en un muchacho

y administrar el *chaulmoogra*. La viruela de este chico, de siete años, se hizo bien pronto hemorrágica y le produjo la muerte. La vacunación obligatoria como en los países de Europa no existe aquí, y el descuido completo de otras medidas higiénicas no deja de contribuir á la propagación de la enfermedad. Todos los niños pequeños, sobre todo, parecen estar en gran peligro, y de los casos que tuve que tratar yo mismo antes de ahora sucumbieron la mayor parte. Lo mismo ha ocurrido que yo sepa, poco más ó menos, en la práctica de los demás compañeros.

Por este motivo me ha parecido útil comunicar un método de tratamiento de la viruela que he aplicado en seis casos con un éxito completo. Los seis niños representaban casos gravísimos de viruela confluente.

Los niños en cuestión tenían de diez, once, quince y diez y ocho meses. El más pequeño de los niños, de diez meses de edad, la hija del autor de estas líneas, cayó enferma en marzo de 1884, sin que se pudiera observar período prodrómico; hasta el momento de la erupción, la niña se encontraba perfectamente. Las viruelas tenían el carácter de confluentes y su erupción empezó por dos manchas rojas redondas, simétricamente dispuestas en las dos partes laterales de los huesos parietales correspondientes del cráneo y se elevaban 1 milímetro sobre el nivel del tegumento. Tenían el aspecto de una urticaria y el tamaño de una pieza de veinte céntimos de níkel. Apesar de haber observado algún cambio en la disposición física de la niña, no podía al principio explicarme el alcance de estas erupciones aisladas del cráneo. Unicamente al día siguiente por la tarde se pudo observar, con una fiebre bastante intensa, la aparición del exantema rojo oscuro acneiforme de la viruela, que cubriendo primero toda la cara se propagó bien pronto á todo el cuero cabelludo, ganando después el tronco y las extremidades. Generalmente los enfermos que se han salvado de la viruela quedan horriblemente mutilados: bien contraen una ceguera completa, bien, en casos favorables, estafilomas de la córnea en uno ó en los dos ojos, abstracción hecha de una nariz gruesa y desfigurada y de cicatrices profundas de la cara, etc. En estas circunstancias mi corazón me incitaba á emplear todos los medios que pudieran preservar á mi hija, en caso de que

soportara felizmente la enfermedad, de semejante mutilación.

Para obrar al mismo tiempo antifebril y antisépticamente apliqué una pasta de ácido fénico al 3 por 100:

Acido fénico.	3 gramos.	
Almidón puro.	aa. 50	—
Aceite de olivas.		

en una máscara de lienzo, ajustada de manera que solamente quedaran pequeñas aberturas para los ojos, la nariz y la boca; de suerte que la cabeza, la cara y el cuello estuvieran completamente cubiertas por la máscara. Para el tronco y las extremidades prescribí una untura con la pasta blanda de ácido fénico:

Acido salicílico..	3	gramos.
Almidón puro	30	—
Glicerina neutra.	70	—

Después de algunos días de existencia el exantema, que hasta entonces consistía en vesículas y pústulas distintamente aisladas unas de otras por una aréola roja inflamada con una depresión (ombligo) central, se hizo confluente y se formaron de esta manera gruesas vesículas llenas de un pus gris; se hubiera podido creer que después de la caída de costras tan enormes resultarían cicatrices profundas y deformes en forma de cráter, pero nada de esto ocurrió. Ninguna vesícula se rompió, pero todas se desecaron formando costras de amarillo de miel. Después de la desecación no quedó señal alguna de cicatriz; únicamente en los sitios donde la máscara no podía adaptarse herméticamente, como en las alas de la nariz y en el pliegue naso-labial, se observaban pequeñas cicatrices apenas visibles.

Los otros cinco niños fueron tratados siguiendo los mismos principios, con la sola diferencia de que, en vez de la pasta fenicada, empleé la pasta de ácido salicílico, cuya fórmula se expresa también para la cara; si bien el primer niño ningún inconveniente había sufrido con el ácido fénico, me pareció, sin embargo, más oportuno ensayar una preparación menos tóxica que el ácido fénico. Todos estos niños, como he dicho, sufrían una viruela grave bajo la forma confluente, y á todos les fué perfectamen-

te con este modo de tratamiento, casi siempre sin fiebre ó con muy poca. Todos curaron muy bien, sin presentar la más leve señal de cicatriz y sin ninguna otra complicación.

El tratamiento interno no dejó de contribuir probablemente, por su parte, á la feliz terminación de la enfermedad. Ordinariamente las membranas mucosas de la nariz, la faringe y la laringe no están preservadas de pústulas variólicas; en estos órganos es donde se ven especialmente presentarse complicaciones peligrosas. La reunión de pústulas y de costras en la nariz determina en el enfermo una obstrucción total del conducto nasal, lo que obliga á los enfermos á respirar con la boca abierta y da lugar á la faringitis, á la bronquitis, etc. Para preservar, pues, al mismo tiempo el paladar y la faringe de la sequedad, y para mantener su viscosidad, ordené la emulsión siguiente:

Aceite de almendras dulces.	15,00 gramos.
Jarabe de flor de naranjo.	30,00 —
Agua de laurel-cerezo.	10,00 —
Clorhidrato de quinina.	0,30 —

Disuelta en un poco de ácido clorhídrico. Estando el niño acostado sobre la espalda se dejaba caer con el cuentagotas, cada cuarto de hora ó cada media hora, algunas gotas en su boca. Uniéndose los párpados entre sí por la tumefacción, los niños no pueden apercibirse ni oponerse á estas manipulaciones con el cuentagotas y se resignan forzosamente á tragar sin resistencia el medicamento amargo.

Las ventajas que presenta este modo de tratamiento son:

1.ª Todos los enfermos se curan, en tanto que en el Imperio alemán se presenta el 40 por 100 de mortalidad, á causa de la viruela, de los niños que no han llegado á la edad de un año.

2.ª La duración de la enfermedad es decididamente más corta que de ordinario: desde el principio de la erupción del exantema hasta la caída de las costras, doce ó trece días.

3.ª La marcha de la enfermedad casi sin fiebre, ni con la fiebre de reabsorción durante la transformación de las vesículas en pústulas.

4.ª El peligro de la infección para las personas que les

rodean, y para los demás niños, parece completamente eliminado; entre los niños enfermos se encontraron otros que no estaban todavía vacunados y que no pudieron ser aislados.

5.ª La simplicidad del método, en comparación con la complejidad de los baños y las lociones frías recomendadas anteriormente. Estas últimas tienen además el inconveniente de que la clase inferior de la población, así como los ignorantes, atribuyen la muerte de sus niños directamente al pretendido enfriamiento de los baños.

6.ª En cuanto á la parte estética de este tratamiento, no se pueden pedir resultados más felices y mejores, sobretodo para el sexo femenino; no hay cicatrices ni desfiguración: la cara, las manos, etc., quedan completamente lisas.

Ninguna dificultad presenta la colocación de la máscara. Se corta un pedazo de lienzo, lo suficiente, de la manera más á propósito para que toda la cabeza, la cara y el cuello queden completamente cubiertos; si se forman pliegues en algún punto no hay más que dar un tijeretazo, y las márgenes del lienzo se adaptan perfectamente. Además no es de temer, en el caso eventual de que se corra la pasta, que haya corrosión de los ojos, porque desde el principio de la enfermedad hay una hinchazón enorme de los párpados, que, uniéndolos entre sí, forman de esta manera una oclusión completa para el globo ocular. En cuanto están los niños en situación de poder abrir los ojos la máscara es ya inútil, la desecación de las pústulas se encuentra ya avanzada. (*Bull. général de Thérap.*, 30 agosto de 1889.)

7.—Sobre las anemias.

Por el doctor G. See.

Cree el autor que las anemias pueden dividirse en verdaderas y falsas, y se distinguen por caracteres histológicos y químicos. Las primeras las subdivide en tres clases:

1.ª Anemia total, caracterizada por disminución en conjunto de todos los elementos de la sangre y el resultado de la hemorragia.

2.ª Clorosis. Este tipo de anemia se caracteriza por un defecto funcional de la hemoglobina. No disminuye el nú-

mero de glóbulos, pero sí hay disminución del poder reductor de la hemoglobina y aumento en la duracion de la reducción de la oxihemoglobina, lo que constituye una enfermedad de evolución, cuyas formas varían según el sexo y la edad del individuo.

3.ª El último tipo es la anemia espontánea. En este tipo, llamado también hipoglobulia, hay disminución de los glóbulos rojos.

Estos tres tipos comprenden todos los casos de anemia verdadera. Las llamadas, por ejemplo, anemia especial ó perniciosa, la anemia de los mineros, no existen en realidad.

El estado conocido en estos casos con el nombre de anemia es debido al parecer á parásitos de la sangre ó á la presencia de vermes intestinales, sobre todo al botriocéfalo.

El número de anemias falsas es grandísimo, pero pueden dividirse en tres grupos. Estas anemias falsas producen palidez, debilidad, jaqueca, trastornos gástricos y nerviosos, murmullos vasculares; pero faltan en ellas los caracteres de la anemia verdadera, porque no hay disminución de los elementos de la sangre en conjunto, ni de la actividad reductora de la oxihemoglobina, ni del número de los glóbulos rojos.

En el primer grupo de las pseudo-anemias deben incluirse los que padecen inanición. Esta puede ser absoluta, como en el caso de los que comen muy poco, ó relativa, por ejemplo, en los que comen en abundancia de una clase de alimentos y pocos de otra. Deben incluirse también en este grupo las personas que padecen trastornos gastro-intestinales y no digieren y no asimilan bien los alimentos, y los que por obstrucción mecánica ó estrechez del esófago no pueden tomar la cantidad necesaria de alimentos. Esta clase de individuos presentan las mismas alteraciones sanguíneas que las personas caquécticas que padecen envenenamiento metálico ó infecciones virulentas. La sangre, en este tipo de pseudo-anemia, es hipoglobúlica, los glóbulos son pequeños é hidrohémicos, hay lentitud en la formación de hematíes, sin que la masa de la sangre disminuya á una mitad del peso del cuerpo ni aumente el poder reductor de la hemoglobina. Los *acnei-*

cos son otra clase de este tipo, como son los que padecen por falta de aire puro suficiente. Los que trabajan en habitaciones mal ventiladas, aunque coman y digieran bien, padecen los síntomas de la llamada anemia. Prescribir el hierro á estos individuos sería una necedad, porque su sangre contiene todos los elementos necesarios, excepto el oxígeno.

El segundo tipo de las pseudo-anemias lo presentan las personas fatigadas por un trabajo excesivo, las que abusan de los estimulantes y de los placeres sexuales y las que están aniquiladas por ciertos padecimientos, por ejemplo, fiebres, diarrea, albuminuria, hidropesía, etc. El doctor See protesta contra el uso tan frecuente del término neurastenia, porque en estos casos la causa depende unas veces del estómago, otras del aparato muscular y no siempre del sistema nervioso. La causa reside en el aparato muscular en los individuos aniquilados por el trabajo excesivo, en el sistema nervioso en los fatigados por los excesos y en el aparato secretorio en los consumidos por enfermedad. En los casos de albuminuria ó hidropesía, en ciertas formas de diarrea y en las afecciones purulentas, resulta un verdadero aniquilamiento por pérdida de la albúmina. En las consunciones febriles agudas el elemento que primero se reconoce entre todos es la inanición, y por último, respecto á la sangre, la pérdida de albúmina se acompaña de hipoglobulia y de otras lesiones hematológicas que pueden repararse con más ó menos facilidad, y que pertenecen por sus caracteres á las anemias verdaderas.

El tercer grupo de las pseudo-anemias comprende las de origen tóxico; en estos casos la sangre está cargada de venenos metálicos, miasmáticos, específicos ó virulentos. Deben incluirse en esta clase los cocineros, los que trabajan en atmósferas que contienen vapores de naturaleza orgánica ó inorgánica, los casos de envenenamientos lentos por ciertos metales, etc. En los venenos virulentos incluye el doctor See la sífilis, el escrofulismo, la tuberculosis, el cáncer y las enfermedades caracterizadas por la supuración. Los venenos específicos ó miasmáticos son los de origen palúdico. Todas estas diversas clases de veneno producen palidez y otros síntomas de la anemia verda-

dera, pero las alteraciones sanguíneas no son las de la anemia.

El autor deduce de sus estudios que no debe administrarse indistintamente el hierro en todos los enfermos pálidos. Es de poco valor en muchos casos de pseudo-anemia. Sólo debe emplearse en aquellos casos en los que el examen hematoscópico demuestre su utilidad. Cuando no está indicado, sólo sirve para producir trastornos digestivos. El tratamiento más adecuado de los síntomas anémicos, en los casos de pseudo-anemia, consiste en corregir los errores alimenticios, en suprimir la causa cuando puede hacerse y en emplear los medios adecuados. (*Rev. de med. y cir. prác.*, 22 agosto 1889. *La Tribune Médicale*, 1889.)

8.—Tratamiento de la hipohemia intertropical.

Por el doctor Cursino de Moura, del Brasil.

El tratamiento de la hipohemia intertropical está todavía en estudio entre los médicos brasileños. Cualquiera que sea la teoría que se adopte acerca de la causa de esta enfermedad intertropical, su tratamiento ha variado hasta el infinito. Sin embargo, la medicación que hasta ahora ha sido sobre todo preconizada consiste en la administración del jugo de choco de la Jamalleira (*Ficus doliaria*, Mart) y del Jaracalla (*Carica dodecaphyla*, Velleto). Los jugos lechosos de estas plantas, empleados como vermicidas ó vermífugos, pasan por tener la propiedad de matar ó expulsar el ankilóstomo duodenal, es decir, el parásito intestinal del *Opilaçad*. Se recomiendan al mismo tiempo las preparaciones ferruginosas como útiles para regenerar la sangre. La inmensa mayoría de los médicos que ejercen en los países cálidos, donde reina esta enfermedad, se esfuerzan en llenar estas indicaciones.

Para realizar esto, Mr. P. Peckolt, de Río Janeiro, ha descubierto la *dolearina*, que considera como el principio activo del *Ficus doliaria*, y declara que esta preparación es mucho más ventajosa que el jugo lechoso puro.

La reunión de la dolearina y del hierro, según la fórmula de Mr. P. Peckolt, conocida en el Brasil con el nombre de *Dolearina é ferro* Peckolt, es el remedio más cono-

cido y el que más frecuentemente se recomienda en este país contra la hipohemia intertropical.

En lo que á mí concierne, llamado á ejercer desde hace cerca de cinco años en una región muy castigada por esta enfermedad terrible, he puesto gran atención en las alteraciones morbosas determinadas por los progresos de la hipohemia, buscando siempre el mejor medio de combatir sus efectos.

El hígado es el órgano que me ha parecido alterarse más pronto. El infarto del hígado y la palidez de la piel son los primeros síntomas que llaman la atención del médico. Pienso, pues, que la primera indicación no ha de ser otra que la de combatir esta alteración morbosa del hígado. Empezando por esta indicación, que considero capital, he establecido en los términos siguientes el método de tratamiento del *Opilacad.*

Primera indicación: desinfartar el hígado.

Prescripción núm. 1.

Calomelanos	0,05	centigramos.
Podofilino	0,01 á 0,02	—
Belladona (extracto)	0,01 á 0,02	—
Jabón amigdalino	0,01	—

Hágase una píldora; núm. 4.

Para tomar una píldora por la mañana y otra por la noche al acostarse.

Segunda indicación. Reconociendo la insuficiencia del remedio de Peckolt empleado solo, le asocio á otros vermífugos.

Prescripción núm. 2.

Dolcarina é ferro Peckolt		40	gramos.
Musgo de Córcega, Kousso	aa.	4	—
Ruibarbo, Corteza de raiz de granado	aa.	4	—

Mézclese; para tomar cuatro á cinco cucharadas de las de café durante el día.

Esta fórmula podrá ser modificada por la adición de otros vermífugos conocidos en terapéutica.

Hago tomar al mismo tiempo al enfermo la parietaria *(Parietaria officinalis)*, la periparoba *(Peper umbellátum)* y la hervatorlao *(Boerhavia hirsuta)* en forma de infusión.

De cuando en cuando interrumpo el uso de la medicación vermífuga para prescribir de nuevo las píldoras de calomelano, belladona, etc.

Si al mismo tiempo creo que existe una complicación palúdica aconsejo también las sales de quinina.

Siguiendo estrictamente este método de tratamiento he obtenido maravillosas y duraderas curaciones en el espacio de tres á cuatro meses (seis meses lo más), lo que rara vez se consigue con el remedio exclusivo de Mr. P. Peckolt. *(Corres. au conc. de Red. de la Gazette Hebdomadaire,* 24 mayo de 1889.)

9.—El lavado del organismo en los envenenamientos.

Por el profesor Ch. Sanquirico.

¿Es posible, se pregunta el autor, utilizando las hiperactividades secretorias determinadas por las inyecciones intravasculares, hacer eliminar con mayor rapidez los venenos introducidos á dosis mortal en el organismo y evitar de este modo la muerte del animal? Aunque sus experiencias no hayan salido todavía del laboratorio, los resultados son tan evidentes que las aplicaciones terapéuticas no tardarán seguramente en confirmar el valor práctico de esta ingeniosa idea.

Para realizar su pensamiento el doctor Sanquirico practica inyecciones intravasculares de una solución sódica, en la proporción de 8 á 10 por 100, de la cantidad normal del líquido que se encuentra en el torrente circulatorio. Sus primeras experiencias le han permitido demostrar que las consecuencias mortales de un grave envenenamiento producido por diferentes sustancias pueden ser retardadas por el procedimiento del *lavado del organismo.* Ha probado en otro trabajo que este procedimiento de medicación antitóxica posee un valor á veces igual, pero más frecuentemente superior al de los mejores medios empleados contra los envenenamientos.

En sus primeros estudios se limitó á oponer el simple lavado con la solución sódica contra los diversos envenenamientos, y entre otras llegó á sentar la conclusión de que el resultado satisfactorio del lavado podía conseguirse únicamente en las circunstancias y en los casos en que

la acción cardíaca no estaba ni directa ni indirectamente paralizada ó debilitada, porque la persistencia de su actividad es un elemento indispensable para obtener el efecto que se busca con la infusión de líquidos indiferentes en la circulación, es decir, la eliminación de los venenos por los emuntorios naturales. Por consecuencia, las sustancias que tienen una acción enérgica paralizante sobre el corazón, como el curare, la atropina, la nicotina, etc., producen intoxicaciones contra las cuales de nada sirve el recurrir al lavado.

Pero las experiencias sucesivas del autor le han permitido destruir esta conclusión demasiado absoluta, y en su último trabajo aporta argumentos para probar que animales envenenados con cantidades de sustancias tóxicas, contra las cuales hubieran sido insuficientes el lavado y la administración de los antagonistas empleados aisladamente, pueden ser salvados de una muerte cierta por el uso simultáneo de estos medios terapéuticos.

Las experiencias del autor se han referido á la estricnina, al paraldehido, al cloral, á la curarina, á la morfina y á la nicotina. Hemos de advertir que el envenenamiento por esta última fué siempre rebelde á todo tratamiento; circunstancia que hace creer al autor que la nicotina, como ocurre con otras sustancias, apenas llegada á dosis mortales al organismo debe determinar en los órganos nerviosos centrales lesiones tales que no son posible ya las manifestaciones de un antagonismo sintomático.

Con la estricnina, el paraldehido, el cloral, la curarina y la morfina los resultados fueron más positivos. El autor pudo sostener la vida á animales á quienes se había hecho una inyección hipodérmica de sulfato de estricnina en la proporción de 1 miligramo por kilogramo del peso del animal, y sabemos que dos décimas de miligramo de este veneno bastan para matar un perro de talla media en las condiciones ordinarias. Sostuvo igualmente la vida de animales á los que se habían introducido con la sonda gástrica 2 gramos de cloral por kilogramo del peso del animal ó 3 gramos de paraldehido por kilogramo del animal. El lavado con la solución sódica, con la adición de sulfato de estricnina, en las proporciones de dos décimas de miligramo por kilogramo del animal, ha permitido sostener la

vida de animales que habían sufrido una inyección hipodérmica de cerca de 2 milésimas de sulfato de curarina. Y el lavado con la solución sódica, que contenía alcohol en la proporción de 2 gramos por kilogramo de animal, impidió la muerte de animales á los que se había introducido por inyección venosa hasta 14 centigramos de clorhidrato de morfina por kilogramo de animal.

Hasta la presente, como hemos dicho anteriormente, los estudios del profesor Sanquirico no han salido del puro dominio de la experiencia fisiológica. Pero es fácil prever que abren un nuevo campo á la terapéutica experimental, y que podemos encontrar en este método una nueva vía todavía por explorar para combatir enfermedades mucho más frecuentes que las intoxicaciones por las sustancias venenosas.

«Siendo un hecho demostrado, dice el autor, que el organismo puede ser lavado en las partes más recónditas, y que un procedimiento tan sencillo, que no deja señales de su existencia, que no altera las funciones ni los elementos, sirve de una manera tan perfecta para este objeto que por este medio se puede desembarazar á la sangre y á los tejidos de las sustancias capaces de detener rápidamente toda función vital, sostengo como justificada la concepción de que la medicación intravascular puede emplearse útilmente también contra ciertos procesos infecciosos. Seguramente, en este caso, el problema es mucho más complejo; pero en mi opinión no es más que una cuestión de método, que en este caso tendrá dos agentes que combatir, es decir, el agente infeccioso y sus productos.

»La tarea no es fácil; pero no debe desesperarse, porque diariamente vemos extenderse cada vez más las conquistas de la ciencia, lo que nos permitirá algún día disponer de medios nuevos que nos ayudarán á conseguir el fin deseado.

»Dejaré apuntado que en este orden de ideas (qué fué también mi primera concepción, y que me llevó á resolver la cuestión más sencilla antes de emprender la más compleja) he reunido ya tales pruebas que me creo autorizado para pensar en la próxima solución de este difícil problema.» (*Bulletin gen. de Thérap.*, 15 junio de 1889. *Archivo Italiano di Clinica Medica*, 1889.)

10.—Tratamiento de la púrpura hemorrágica por el nitrato de plata.

Por el doctor C. Paulet, de Planchez-les-Mines.

Ciertos autores, Rahlf entre ellos, han distinguido dos formas de esta enfermedad, la esténica y la asténica, distinción útil de conservar como fuente preciosa de indicaciones terapéuticas. La forma esténica es fácil de reconocer por el pulso y el estado general del enfermo. No hay duda de que el mecanismo de las hemorragias difiere del de la otra forma. Se cree, no sin razón, que si las paredes de los capilares se desgarran, no es porque estén alteradas en su estructura: la rotura se verifica por la exagerada repleción de todo el sistema circulatorio. En esta forma, de benignidad relativa, se impone un tratamiento hipostenizante como la sangría.

Independientemente de gran número de casos de *púrpura* hemorrágica primitivos, la forma asténica comprende la púrpura caquéctica, de frecuente terminación funesta, sobre todo cuando aparece al final de las enfermedades crónicas de la infancia, en cuyo caso es signo de siniestro augurio.

Se observa en la púrpura la disminución más ó menos considerable de los glóbulos rojos y de los materiales sólidos de la sangre; el aumento frecuente de los glóbulos blancos, resultado de la renovación natural de la sangre consecutiva á las hemorragias; la deformación de los glóbulos sanguíneos, que contienen núcleos y están mezclados con cuerpos ovales con dos núcleos; en ciertos casos se observan elementos anormales, tales como bacterias. La fibrina, ó está disminuída (púrpura asténica en general), ó aumentada (púrpura esténica, escorbuto).

Constituye la gravedad extrema de la púrpura hemorrágica, y la diferencia por completo de la púrpura simple, la tendencia incesante á las hemorragias, cuya repetición y abundancia, á veces espantosa, acaban por hacer caer al enfermo en la postración y el colapso, que preparan una terminación fatal.

¿Cuál es la causa próxima de las hemorragias? Se ha atribuído á la presencia de bacterias en la sangre y al acú-

mulo de los bastoncillos en los capilares; pero en el carbunco y en otras varias enfermedades, en las que las bacterias abundan en la sangre, no existen hemorragias; otros invocan una alteración particular que hace más fluida la sangre.

En la forma asténica hay que sospechar que una lesión vascular crea una gran fragilidad de la pared de un vaso, capaz de ocasionar su rotura y dar lugar á la hemorragia. Es probable que en gran número de casos el origen de la púrpura sea una exageración local ó general de la tensión sanguínea. En esta hipótesis, un trastorno de la inervación vasomotora desempeñaría el papel preponderante en la génesis de las hemorragias. En los brighticos, en la nefritis intersticial y en la esclerosis arterial, en general, no es raro encontrar púrpura con tendencia á las hemorragias.

Generalmente la púrpura es engendrada por la miseria, las penas, la tristeza, una mala alimentación, la privación de vegetales frescos, la falta de aereación, el hacinamiento, lo que no impide se desarrolle la enfermedad en condiciones diametralmente opuestas.

A menos de que la dureza del pulso y el estado general no autoricen la sangría y los debilitantes, que son entonces los mejores medios de combatir las tendencias hemorrágicas, la primera indicación es aumentar la plasticidad de la sangre, para lo cual se administran los ácidos vegetales, sobre todo el limón; los ácidos minerales (3 á 4 gramos de ácido sulfúrico para cada litro de infusión de hojas de Provenza); los hemostáticos astringentes: extracto de ratania, 3 gramos al día, solo ó con el hielo; el percloruro de hierro; el cornezuelo de centeno, sobre todo en inyecciones subcutáneas (solución de ergotina) si la tensión arterial está debilitada; el ineo, que fuí el primero en aconsejar cuando aquélla está exagerada. Pero como superior á todos estos agentes, es preciso, á mi juicio, añadir el nitrato de plata, que siempre me ha dado admirables resultados y me ha parecido gozar en la púrpura de virtudes en cierto modo específicas. Este será un precioso recurso, una nueva arma que el práctico tendrá en adelante á su disposición para combatir los temibles accidentes de una enfermedad que hace á veces vanos todos sus esfuerzos.

En segundo lugar, si las pérdidas han sido excesivas y los agentes medicinales son impotentes para contenerlas, conviene detener las hemorragias mecánicamente con el taponamiento; se ha pensado más ó menos útilmente en reemplazar la sangre perdida administrando la sangre de carnero desfibrinada fresca, y en oxigenar artificialmente la que resta en el sistema circulatorio recurriendo á las inhalaciones de oxígeno á la dosis de 5 litros por día. Se han practicado con más eficacia en el tejido celular subcutáneo de diversas regiones inyecciones múltiples de sangre humana, y por último se ha conseguido salvar algunos enfermos recurriendo á la transfusión de la sangre.

Refiere el autor dos observaciones de su colección, propias para demostrar la eficacia del nitrato de plata en la enfermedad de Werlhof.

El primer caso, de púrpura hemorrágica muy grave en un niño, con pérdidas de sangre copiosas y reiteradas lipotimias, postración, color amarillo de la piel y decoloración de las mucosas accesibles á la vista; adelgazamiento. Impotencia de los tratamientos usuales, incluso el taponamiento nasal y las inyecciones subcutáneas de ergotina. En este enfermo se detuvieron las pérdidas sanguíneas y se consiguió la curación con el uso del nitrato de plata á la dosis de 1 centigramo repetido dos veces al día, incorporado en miga de pan y administrado media hora después del alimento.

El segundo caso, púrpura hemorrágica en una niña, con epistaxis, estomatorragia y enterorragia, que resistieron á las medicaciones usuales; oscurecimiento ligero de la vista. Se consiguió alivio con el estrofantus; pero las hemorragias y la erupción purpúrea sólo cedieron al empleo del nitrato de plata, que remedió al propio tiempo los accidentes de la visión, atribuídos por Bouchut á pequeñas apoplejías ó equimosis retinianos de igual naturaleza que las máculas purpúreas externas.

¿Cómo obra el nitrato de plata en la púrpura? se pregunta el autor. Lo que se sabe de la acción dinámica de esta sustancia sobre el sistema nervioso en las enfermedades de la médula espinal, en la epilepsia y en otras diversas neurosis, en las que ciertamente la perversión de la función del gran simpático desempeña un papel de los más impor-

tantes, es á propósito para hacer creer que el nitrato de plata modifica profundamente la circulación capilar impresionando los nervios vaso-motores. Sin haber hecho experiencias en que apoyarme puedo aventurar que es un vaso-constrictor semejante á la digital, á la belladona, al sulfato de quinina, etc., y así se explican sus notables efectos hemostáticos que he sido el primero en hacer constar. Hace tiempo que la escuela italiana sostuvo la tesis bien poco ortodoxa en Francia de que el nitrato de plata es un remedio hipostenizante bajo el punto de vista dinámico.

En ciertos casos particulares el nitrato de plata debe ceder su puesto al sulfato de quinina, que es el remedio heroico por excelencia. Si en un sujeto que ha sufrido la intoxicación palúdica se presenta la púrpura hemorrágica, la enfermedad se agravará más cada vez si, desconociendo el médico la verdadera naturaleza del mal por los conmemorativos, no opone la medicación específica. (*Bull. général de Thérap., etc.*, 30 mayo de 1889.)

11.—Más sobre la acción terapéutica de la exalgina.

Por el doctor G. Bardet.

A los resultados de las experiencias de Dujardin-Beaumetz y de Debove debemos añadir los obtenidos por el autor en el hospital Cochin respecto á los efectos terapéuticos de este nuevo analgésico.

La exalgina, como la antipirina, la acetanilida y la fenacetina, obra sobre el sistema nervioso y sobre los sistemas respiratorio y circulatorio; pero en tanto que estos últimos cuerpos obran primitivamente sobre la función respiratoria y perturban la hematosis provocando trastornos circulatorios y colorificos, cuyo resultado es rebajar la temperatura y determinar fenómenos de cianosis y erupciones raquiformes, la exalgina obra primero sobre el sistema nervioso y sólo cuando se exageran las dosis se obtiene una acción sobre los centros termógenos. En resumen, los efectos que sobre la sensibilidad se consiguen con grandes dosis de antipirina se obtienen con cantidades mucho menores de exalgina.

A la dosis de 25 á 60 centigramos todo lo más en una

vez, ó de 40 á 80 centigramos ó más tomados en dos ó tres veces en las veinticuatro horas, se observa que la exalgina ó metilacetanilida produce rápidamente en media ó una hora la disminución del dolor ó su cesación completa en todos los casos de neuralgias congestivas.

La exalgina ha sido empleada en gran número de enfermos, tanto del hospital como de los que asisten á la consulta y en los enfermos particulares; algunos de estos enfermos padecían diversas neuralgias: faciales, dentarias, braquiales, escapulares, intercostales, ciáticas orbitarias, etcétera; otros reumatismos articulares, dolores musculares ó fenómenos anginosos, con dolor que se irradiaba al brazo izquierdo, complicando una afección cardíaca.

Los efectos fueron sumamente notables en las neuralgias esenciales *à frigore* y de forma congestiva.

En las ciáticas crónicas, en el reumatismo muscular, en los trastornos articulares, la acción fué, como era de esperar, menos favorable; se obtiene una disminución del dolor, pero persistiendo la causa, nada tiene de particular que reapareciera el dolor una vez terminada la acción sedante del medicamento.

La analgesia se obtuvo sin que se hiciera constar ni una sola vez el rash ni la cianosis, atribuyéndose esta acción favorable á que en los efectos de la exalgina la acción sobre el sistema sensible precede á la acción sobre el sistema circulatorio.

La exalgina disminuye la cantidad de orina y el azúcar emitido en veinticuatro horas. En ocasiones esta reducción es muy considerable.

La mayoría de los enfermos tomaron 40 centigramos en las veinticuatro horas; dosis que en general produjo una débil reacción fisiológica en la mayoría, más acentuada en corto número de casos, pero que jamás dió lugar por parte de la piel más que á ligeras y fugaces comezones en dos ocasiones.

En la mayoría, la dosis de 40 centigramos provoca á los dos ó quince minutos sensación de embriaguez, annublación ligera, ruido de oídos, fenómenos de duración é intensidad variables. Con 80 centigramos estos fenómenos eran mayores, pero como entre esta dosis y la anterior existía gran intervalo, no fué posible apreciar gran-

des variaciones en la intensidad de los fenómenos observados.

Según consta en la tesis del doctor Jaudineau, las 75 observaciones recogidas en el hospital Cochin pueden descomponerse de la manera siguiente:

Reumatismo, 19 casos. 3 sin resultados, 5 dudosos, 6 con alivio persistente (quince á veintiún días) y 4 de curación rápida y constante.

Cardialgia ó accesos anginosos. En 3 casos se modificó el dolor de una manera notable.

Fiebre y sudores nocturnos tuberculosos. En 4 casos los resultados fueron medianos y nulos en 2. Dos de los enfermos durmieron con más tranquilidad.

Metritis. En 5 casos, 2 resultados buenos respecto al dolor, en 1 mediano y en 2 nulos.

Gastralgia. Dos resultados excelentes en los calambres del estómago.

Jaquecas. En 8 casos, 4 buenos resultados (puntos supra é infraorbitarios), 3 medianos y 2 nulos (jaqueca dispépsica).

Neuralgias. En éstas los efectos de la exalgina fueron notables, sobre todo en las neuralgias *à frigore* y los dolores dentarios. En 32 casos, 13 éxitos rápidos, desaparición del dolor en pocas horas; en 14 casos hubo que repetir el medicamento, en 2 los resultados fueron nulos ó medianos (casos de ciáticas crónicas).

El autor insiste en que se use la exalgina verdadera y no sus isómeras, ó sea la metilacetanilida, la misma droga inglesa distinta que existe, y en esto consista tal vez los resultados y efectos fisiológicos y terapéuticos contradictorios hechos constar por Fereol, Desnos y Dujardin-Beaumetz. (*Nouveaux Remèdes*, 24 de agosto de 1889.)

AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

12.—Sobre el tratamiento del insomnio.

Por el doctor Jastrowitz.

Después de examinar el mecanismo fisiológico del insomnio se ocupa el autor de las indicaciones causales de su tratamiento, distinguiendo las causas en directas é indirectas. Las primeras comprenden las lesiones órganicas del cerebro, tumores, abscesos, etc.; luego las parálisis, las atrofias, las afecciones mentales y nerviosas, y en fin, los estados cerebrales que se desarrollan por el exceso de trabajo y por las emociones morales.

No siempre basta en estas condiciones el reposo físico y moral para combatir el insomnio, á causa de que la enfermedad con frecuencia llega entonces á ser independiente de causa primitiva; en efecto, en la producción del mal menos intervienen los excesos de trabajo que las fuertes emociones asociadas á éste; tal sucede, por ejemplo, cuando se vela á una persona querida, en cuyo caso el insomnio va por otra parte acompañado con frecuencia de trastornos diversos de la sensibilidad. Hay que notar además que las emociones activas, tales como el temor, el miedo repentino, producen más fácilmente el insomnio que las emociones pasivas.

En el tratamiento del insomnio de causa moral deben colocarse en primera línea los viajes, que convienen menos en los casos de fatiga física, pues en éstos se evitará todo cansancio y se estimularán las funciones cutáneas. La hidroterapia y la cura climatérica se reservarán para un período más tardío del tratamiento. El sitio mejor para estos enfermos es el de las altitudes medias, y no son convenientes las grandes altitudes ni las costas del mar, sobre todo al principio. Puede recurrirse con éxito al método de Weir-Mitchell, principalmente en cuanto al reposo y á los movimientos pasivos, y también á la electrización general ó localizada á las regiones afectas de neuralgias y parestesias.

En los enfermos con tendencia á la morfiomanía sólo con gran prudencia podrá emplearse la morfina. La fena-

cetina parece haber dado al autor resultados bastante satisfactorios.

La segunda categoría de causas, ó causas indirectas, comprende el uso y el abuso del tabaco, del té, del café, la intoxicación arsenical crónica por los papeles pintados, etc. Aquí, la supresión de la causa resuelve el problema terapéutico.

Nunca debe olvidarse la posibilidad del insomnio en los diversos períodos de la sífilis, y acordarse de que puede formar parte de los síntomas precursores de la tabes y de la parálisis general.

En la diabetes, las sensaciones desagradables del hambre y la sed, no menos que la poliuria, las neuralgias y la ateromatosis que conduce á la diabetes, constituyen otras tantas causas ocasionales del insomnio. Finalmente, éste puede ser uno de los primeros síntomas de la enfermedad de Bright y de la uremia crónica.

Según la indicación sintomática se elegirá el medicamento que más convenga, y en este punto el arsenal terapéutico es tan rico, está tan repleto, que importa pasar minuciosamente revista á las numerosas sustancias soporíferas de que podemos disponer.

Un primer punto dominará la elección del medicamento, y es fijar primeramente si el insomnio es agudo ó crónico. En general, el medicamento apropiado al insomnio agudo deberá tener una acción rápida é incapaz de producir á pequeña dosis accidentes graves, como produce, por ejemplo, la hioscina; importa también que no provoque descenso de la presión sanguínea. En el insomnio crónico, por el contrario, no se necesita que la acción medicamentosa sea rápida; pero como su uso debe ser más ó menos prolongado, es preciso que no pueda perjudicar en lo más mínimo.

Antes, ó al mismo tiempo de la medicación propiamente dicha, deben tomarse ciertas precauciones que por más vulgares que parezcan no deben despreciarse: mantener en oscuridad el cuarto en donde está el enfermo, evitar todo ruido, mantener una temperatura constante de 12 á 18°, impedir los enfriamientos locales de los pies y de la cabeza con botellas calientes, etc.

He aquí, por último, la serie de medicamentos hipnóticos entre los cuales se debe elegir:

1.° El primero es el alcohol, bajo las diversas formas de vino, cerveza, coñac, brandy, etc. Su distinción esencial está en las enfermedades agudas, en las cuales toda otra sustancia soporífera podría ocasionar una debilitación más ó menos considerable del corazón; el alcohol en este caso obra á la vez como tónico excitante y como hipnótico. Pero no debe olvidarse la reacción depresiva que sigue al período activo de la excitación que provoca, y que puede exigir la continuación de su empleo durante todo el curso de la enfermedad y hasta subsiguientemente.

Cuando se trata de un estado crónico, el alcohol sólo debe prescribirse en las formas ligeras de excitación psíquica; se toman por la noche, al momento de acostarse, algunos vasos de cerveza fuerte. La abstención de todo trabajo y el ejercicio físico deben constituir el fondo del tratamiento si el individuo tuviese predisposición al alcoholismo ó hábitos alcohólicos.

El alcohol no conviene, y sería hasta perjudicial en la *lipemania* y en la *hipocondria*, pues la depresión psíquica que se presenta por la mañana podría aún aumentarse.

2.° El opio, y su principal alcaloide la morfina, son según Jastrowitz verdaderos soporíferos, en contra de la opinión general, que los considera como simplemente calmantes; sea cuales fueren los servicios que prestan la antipirina, la fenacetina, etc., contra el dolor no podríamos pasarnos sin la morfina.

Aparte de su influencia somnífera, la morfina ejerce también, según el autor, una acción tónica indiscutible; los *sportsmen* se la inyectan, y la inyectan á sus caballos, para aumentar su resistencia al cansancio. Esta misma acción tónica explicaría los buenos resultados que se obtienen en el insomnio de los anémicos y en los estados patológicos de terror.

La morfina está contraindicada en los insomnios crónicos, pues en general es mucho más difícil combatir el morfinismo que el cloralismo, ó que el abuso del paraldehido ó del sulfonal. Según Jastrowitz el opio obraría mejor que la morfina en las formas seniles del insomnio, en la lipemanía crónica y en el insomnio relacionado con afecciones del tubo intestinal.

La *narceina* es un buen hipnótico á las dosis de 0°,1 á 0°,15.

La *codeina*, á igual dosis, puede producir convulsiones.

3.° El *cloral* es el más poderoso de los soporíferos, pero á alta dosis (y para obtener efecto, así debe emplearse), deprime considerablemente la presión sanguínea y paraliza el corazón. Es, sin embargo, el mejor medicamento en el delírium tremens y en el estado del mal epiléptico. Está contraindicado, según Liebreich, en las afecciones cardíacas y en el histerismo. El autor le considera contraindicado en los casos de considerables adherencias pleuro-pulmonares, y cuando consecutivamente al empleo de una dosis de 4 gramos no se observa la excitación clorálica que se revela por una contracción pupilar. Siempre que á pequeñas dosis manifieste su acción, puede administrarse con ventaja en todos los casos de insomnio, así agudo como crónico. Añadiendo una corta cantidad de morfina se retarda su eliminación, y de esta manera se favorece y prolonga su influencia.

4.° El paraldehido tiene sobre el cloral la ventaja de no debilitar el corazón, pero á la larga provoca accidentes análogos á los del cloral y que completan una intoxicación crónica parecida al delírium tremens en sus formas graves. Su mal sabor y su eliminación por las vías respiratorias le contraindican en las bronquitis y en las dispepsias. Está, por el contrario, indicado en el histerismo y en el ictero pruriginoso. Recomendado en la estenocardia, ha sido desaconsejado en la dilatación del corazón derecho y en la arterio-esclerosis. Obra muy bien en el insomnio de causa moral y en la excitación epiléptica; su acción es menos favorable en los casos de excitación psíquica y de terrores morbosos.

5.° El hidrato de amileno es un buen soporífero, exento de peligros, pero fatiga con frecuencia al estómago y es entonces necesario administrarlo en enemas. Se ha recomendado en la fiebre tifoidea, en las afecciones cardíacas, contra la tos (en que acabamos de ver contraindicado el paraldehido) y en la colelitiasis como calmante.

6.° Viene, por último, el sulfonal, que gracias á su falta de sabor puede administrarse sin percibirlo el enfermo. No ejerce influencia notable sobre el corazón; su acción

es demasiado lenta y nula contra el dolor. Pero es excelente en los casos de insomnio de origen motriz, principalmente en la corea. Jastrowitz lo administra en pequeñas dosis durante el día, y por la noche da una alta dosis hipnótica. El empleo del sulfonal debe interrumpirse de tiempo en tiempo, pues engendra un estado particular de debilidad de las extremidades sin ataxia propiamente dicha.

En resumen, los hipnóticos descritos pueden clasificarse en las dos categorías siguientes:

1.ª Según sus inconvenientes y peligros: morfina, cloral, hidrato de amileno, paraldehido y sulfonal.

2.ª Según su intensidad y eficacia relativa de su acción: cloral, sulfonal, hidrato de amileno, paraldehido y morfina. (Comunicación á la Sociedad de Medicina interna de Berlín, 1889.)

13.—Observaciones sobre catorce casos de afección de la médula espinal tratados por el método de suspensión.

Por David D. Stewart, especialista de afecciones de la médula espinal en el Colegio médico de Jefferson, Filadelfia.

Caso 1.° *Ataxia locomotriz; segundo período.*—M., de treinta y ocho años, con síntomas de doce meses. Suspensiones casi diarias durante dos semanas. Gran mejoría.

Caso 2.° *Ataxia locomotriz; segundo período.*— M., de cuarenta y seis años, con síntomas de tres años. Treinta y dos suspensiones. Gran mejoría.

Caso 3.° *Ataxia locomotriz; segundo período.*— M., de cincuenta y tres años, con síntomas de veinte años. Treinta suspensiones Gran mejoría.

Caso 4.° *Ataxia locomotriz; segundo período.*—M., de sesenta y tres años, con síntomas de siete años. Más de veinte suspensiones. Mejoró.

Caso 5.° *Ataxia locomotriz; primer período.*— M., de cuarenta años. Antecedentes incompletos. Mejoró.

Caso 6.° *Ataxia locomotriz; segundo período.*— M., de cuarenta y ocho años, con síntomas de dos años. Veintidós suspensiones. Mejoró.

Caso 7.° *Ataxia locomotriz; segundo período.*— F., de

cuarenta y nueve años, con síntomas de quince años. Diez suspensiones. Gran mejoría.

Caso 8.° *Ataxia locomotriz; segundo período.* — F., de cuarenta y cinco años, con síntomas de doce años. Ocho suspensiones, no pudiendo continuar el tratamiento. Mejoró.

Caso 9.° *Paraplegia espasmódica primitiva.*—M., de treinta y siete años, con síntomas de once años. Cuarenta y cinco suspensiones. Mejoró.

Caso 10. *Paraplegia espasmódica primitiva.* — M., de treinta y ocho años, con síntomas de doce años. Treinta y cuatro suspensiones. Mejoró.

Caso 11. *Paraplegia espasmódica primitiva.*—M., de cincuenta y tres años, con síntomas de doce meses. Treinta y cuatro suspensiones. No mejoró.

Caso 12. *Paraplegia atáxica.*—M., de cuarenta años, con síntomas de cinco años. Ningún beneficio.

Caso 13. *Paraplegia atáxica.*—M., de treinta y un años, con síntomas de tres años y medio. Veinticuatro suspensiones. Mejoró mucho.

Caso 14. *Meningo-mielitis dorso-lumbar subaguda.* — M., de veintinueve años. Los dolores eran tan intensos que fué preciso el uso frecuente de la morfina para calmarlos. La pérdida de poder era absoluta. Treinta y una suspensiones. Gran mejoría.

Como se ve, publicamos sólo lo más principal de los casos del doctor Stewart. El método seguido en todos ellos parece que ha sido precisamente el mismo. Así, por ejemplo, en el caso primero el paciente fué suspendido en total treinta y seis veces, generalmente cuatro veces por semana, siendo los lunes, miércoles, jueves y sábados los días elegidos.

La duración de la primera suspensión duró un minuto; la segunda, minuto y medio; la tercera, dos minutos y medio; la cuarta, tres minutos, y todas las sucesivas lo fueron de cuatro á cinco minutos, generalmente el último.

Las tres primeras suspensiones lo fueron sólo por la cabeza; pero fué tan grande el dolor que experimentaron los pacientes, que en las sucesivas se usaron las sobaqueras, haciendo subir y bajar lentamente los brazos tres ó cuatro veces durante un minuto.

El número total de suspensiones hechas en estos casos pasó de trescientos cincuenta y dos. No es necesario un análisis minucioso de los resultados obtenidos, observándose que en los tabéticos los síntomas que primero y mejor se mejoraron fueron la ataxia y los dolores lancinantes; en todos hubo gran mejoría á las pocas suspensiones, especialmente en los crónicos, que fué rápida y evidente.

La dificultad vesical y rectal, existente en dos tabéticos, y el exagerado deseo sensual, presente en uno, desaparecieron. La disminución ó pérdida del deseo sensual, existente en cinco, sólo en uno mejoró. La anestesia táctil mejoró mucho en tres, ligeramente en uno y nada en cuatro. La melancolía, existente en cinco de los tabéticos, desapareció después de unas cuantas suspensiones, no siendo esto debido directamente á las suspensiones, sino más bien secundariamente á la disminución de los dolores y á la ataxia. En ninguno de los ocho ha vuelto el reflejo rotuliano. En los tres casos espasmódicos la disminución en la parálisis, rigidez y espasmo fué grande y poca en otro. En uno de los casos de paraplegia atáxica, la ataxia y la parálisis parece que disminuyeron después de la segunda suspensión. Desgraciadamente dicha mejoría no duró mucho, probablemente porque no se persistió en la suspensión. El otro caso me escribe que ha tenido gran mejoría en los dolores. En el caso de mielitis la mejoría en la paraplegia y en el estado general fué muy acentuada. En el caso catorce no hubo alteración sensible en los síntomas oculares.

Como el número de casos no es muy grande y han estado bajo el tratamiento por suspensión un tiempo comparativamente corto, no pueden sacarse deducciones muy precisas sobre el valor exacto de este método en el tratamiento de las afecciones degenerativas é inflamatorias de la médula. Puede, sin embargo, asegurarse, por los buenos resultados obtenidos en casi todos los casos de tabes dorsalis, que la suspensión es de gran utilidad en la ataxia locomotriz; pero en cuanto á si es simplemente paliativa ó realmente curativa, aun no puede darse una respuesta definitiva. Está indudablemente indicada en la esclerosis lateral, y la gran mejoría observada en un caso de mielitis, en el que existía desde hacía seis meses una paraplegia absoluta, nos anima á recomendar se ensaye en otros. El que la

suspensión por sí sola baste para curar una afección degenerativa de la médula es, según creo, dudoso; pero como auxiliar de otros medios de tratamiento, está fuera de duda que es de gran utilidad.

La reciente y excelente explicación sobre la acción de la suspensión en la tabes, hecha por Althaus, indica que con este método puede obtenerse una curación permanente siempre que pueda contrarrestarse por otros medios el progreso ulterior de la afección y que no llegue hasta la completa destrucción de los tubos nerviosos, y que aun cuando no pueda contenerse su progreso con la suspensión se obtendrá siempre un alivio pasajero y temporal. La ingeniosa explicación de Althaus puede también aplicarse á otras afecciones degenerativas de la médula además de la tabes, como, por ejemplo, en las degeneraciones crónicas, en las que los cambios patológicos producidos en los elementos nerviosos y en el tejido conectivo son secundarios. En las inflamaciones crónicas de la médula ó de sus membranas envolventes, que son estacionarias, y en las cuales la compresión impide la nutrición y conductibilidad de las fibras sin alterar irreparablemente su estructura, el efecto de la suspensión puede ser curativo, porque estirando la médula y las membranas adherentes engrosadas el tejido inflamatorio comprimido sobre los ejes-cilindros será separado, dejando á éstos en libertad para ejercer sus funciones. (*Filadelfia Medical News*, junio 1.° de 1889, pág. 596.)

14.—Curabilidad de la parálisis general de los enajenados.

(*De una lección dada en la Salpetriere.*)
Por el doctor A. Voisin.

La parálisis general de los enajenados es una afección de un pronóstico muy sombrío. ¿Pero es, sin embargo, posible su curación? En la presente lección procuraré responder á esta pregunta.

La incurabilidad de la parálisis general es considerada como un hecho adquirido por gran número de autores, para los cuales los casos de curación publicados sólo pueden interpretarse de dos maneras: son, ó remisiones prolongadas ó errores de diagnóstico.

Tal es lo que sucedió con un enfermo cuya historia re-

firió Pinel. La parálisis general había sido diagnosticada por Legrand du Saulle, Foville, Magnan y Pinel, que se fundaron en un conjunto sintomático bastante completo y característico: dificultad en la lengua, tartamudez, temblor en los labios, ataxia de los miembros, disminución considerable de la memoria, delirio ambicioso, etc. Este paralítico curó al cabo de cierto número de años, y fueron llamados tres médicos para dar su opinión para el levantamiento de la interdicción que sobre él pesaba. Estos médicos hicieron constar su curación, pero no quisieron admitir que hubiese sido paralítico general, puesto que había curado.

¿Qué se debía pensar, no obstante, de casos de curaciones perfectamente establecidas y bastante prolongadas para no ser posible ver en ellas una simple remisión? Pues bien, señores, para estos casos se creó la categoría de las pseudo-parálisis generales; pertenecían á esta categoría cierto número de casos que presentaban las causas ordinarias de la parálisis general, que no diferían más que en su conjunto sintomático, distinguiéndose clínicamente por dos caracteres: 1.°, ciertas diferencias en la marcha de la afección, diferencias secundarias y de detalle y por lo demás no hechas constar; 2.°, y sobre todo la terminación, la curación, que sólo era posible en las pseudo-parálisis generales.

Existen enfermos que presentan el delirio ambicioso, acompañado algunas veces de un ligero temblor de los labios y de la lengua ó de otros trastornos somáticos de poca importancia y de corta duración. Este estado se encuentra en el alcoholismo, como he indicado hace tiempo, así como en el saturnismo y en la sífilis. Pero analizando los síntomas, no se encuentra ese cuadro de síntomas físicos que caracteriza la parálisis general; la distinción es generalmente fácil de hacer. Estos enfemos curan muy á menudo.

No creo que sea necesario crear una categoría especial para estos casos, y sobre todo no pienso que sea legítimo hacer entrar en esta categoría de buen ó mal grado todos los casos de paralíticos curados por el hecho de que han curado. En otros términos: estoy persuadido de que la curación es una terminación posible de la parálisis general.

Espero probarlo recordando lo que ocurre con las lesio-

nes de igual naturaleza que las que nos ocupan, y sobre todo citándoos hechos clínicos.

Las proliferaciones conjuntivas que caracterizan las esclerosis que afectan, por ejemplo, el hígado ó el riñón, siguen en estos órganos la misma marcha que se observa en los centros nerviosos en la parálisis general, el mismo principio en los tejidos conjuntivos que rodean los vasos, la misma invasión de estos tejidos propagándose de trecho en trecho antes de que el parenquima mismo sea atacado, antes que el elemento noble, la célula hepática ó nerviosa, sea comprimida y por último destruída. Pero antes de llegar á ser destruída esta célula se encuentra dificultada en sus funciones, dificultad funcional que puede traducirse por síntomas que no implican la destrucción. Si se supone que el proceso patológico se detiene en esta fase, nada impide admitir que pueda recobrarse la función.

Pero aun cuando hubiera destrucción absoluta de cierto número de células nerviosas, no es imposible que puedan ser sustituídas por otro grupo de células semejantes. Estos fenómenos de suplencia no son raros en patología nerviosa.

Cualquiera que sea el mecanismo, la curación es el resultado, y puedo citar un caso sumamente importante, no de parálisis general por desgracia, sino de una afección que me parece comparable bajo el punto de vista en que me he colocado, de tabes curada al cabo de varios años y cuyo diagnóstico ha podido ser comprobado en la autopsia con la observación de las lesiones características. Se trata de una enferma de Mr. Charcot, que presentaba dolores fulgurantes, crisis gástricas, abolición de los reflejos y atrofia de los nervios ópticos; esta mujer, á parte de su amaurosis, se encontraba curada á los cinco años, muriendo entonces de pulmonía, y Mr. Babinski, que presentó su observación á la Sociedad de Biología en 1887, pudo observar la esclerosis de los cordones posteriores, cuyos tubos de mielina eran mucho más numerosos que en estado normal.

No desespero poder hacer constar algún día una observación de este género relativa á la parálisis general.

En los autores se encuentran numerosos casos de cura-

ción espontánea de paralíticos generales, consecutiva á supuraciones prolongadas; este es el origen del tratamiento que resulta más eficaz: la revulsión á lo largo del raquis por medio de sedales, de cauterios, anchos vejigatorios permanentes y botones de fuego.

[Y continuando el curso de su lección, cita el doctor Voisin 12 casos de curación de parálisis general observados por varios prácticos, cuatro de los cuales son hechos constar por él mismo en enfermos particulares; en todos ellos el mejor resultado se obtuvo con la revulsión, como antes manifiesta el autor.] (Extractado del *Bull. gén. de Thérap.*, 15 mayo de 1889.)

15.—Sobre las crisis laríngeas tabéticas.

Por el doctor Charcot.

Las crisis laríngeas de la ataxia locomotriz son todavía á menudo, y apesar de los trabajos hechos sobre el asunto, ocasión de errores diagnósticos, tanto más cuanto que pueden en ciertas formas anómalas de tabes presentarse como accidente inicial de la enfermedad; desde luego deben distinguirse en estos fenómenos laríngeos síntomas permanentes y síntomas paroxísticos.

Las crisis pueden ser ligeras, intensas y muy intensas. En el primer caso, por ejemplo, puede verse un sujeto no afecto de coriza que sin razón manifiesta, después de hablar ó ser presa de un aire, se siente atacado de una tos análoga á la de la coqueluche, con silbido, pero de un tono más grave y acompañada de *cornage*. Después de tres ó cuatro minutos el acceso termina, pero queda el enfermo con la amenaza de la reproducción de otra crisis análoga y es desde luego atáxico.

Analizando minuciosamente el estado morboso de estos individuos, se encuentran casi siempre uno ó varios fenómenos que se refieren á la enfermedad. Sin embargo, dicho síntoma puede subsistir aislado y durante largo tiempo, y el autor lo ha visto presentarse así durante siete años sin otro fenómeno apreciable que el dicho.

La segunda forma de crisis laríngea es más grave; hay una verdadera afnea que amenaza la muerte, caída, con-

vulsiones epileptiformes, cuyos accidentes pueden reproducirse siete ú ocho veces al día.

La tercera forma es todavía más grave, y entonces puede sobrevenir la muerte repentina. En estos casos se ha practicado la traqueotomía. El doctor Charcot ha visto un enfermo traqueotomizado en estas circunstancias hace doce ó catorce años, y en el cual se producen todavía los espasmos, pero gracias á la operación las crisis son moderadas.

Hay además una forma de accidentes laríngeos que no es, sin embargo, exclusivamente propia de la tabes, y que el autor describe bajo el nombre de vértigo laríngeo, y que sería más exacto denominarla *ictus laríngea*.

La observó por vez primera en un gotoso que fué acometido en su presencia de una ligera tos seca, á consecuencia de la que se puso algo violáceo y cayó luego en tierra aplomado, se levantó en seguida muy aprisa y manifestó que este accidente le acometía á menudo. Otro enfermo enfisematoso, observado por el mismo Charcot, presentaba también, á consecuencia de algunas perturbaciones laríngeas, crisis epileptiformes que se reproducían diez y siete á diez y ocho veces al día. Los mismos accidentes pueden acaecer en la tabes. Cuando ha podido examinarse la laringe en el momento de la crisis se ha notado una contractura de las cuerdas vocales, de la cual no queda rastro en los intervalos; no es dudoso, como lo demuestran las autopsias, que existe en tal caso una lesión irritativa del bulbo. Existe al propio tiempo una hiperestesia de la mucosa, y basta entonces la menor excitación para incitar un punto espasmódico. Todas las crisis viscerales de la tabes tienen un origen análogo.

La segunda categoría de accidentes laríngeos de la tabes es el estado de disnea permanente. Con el laringoscopio se halla una parálisis más ó menos completa de los músculos cricoaritenoideos posteriores, la glotis respiratoria está imperfectamente abierta y existe una especie de *cornage*. La duración de los accidentes es muy variable; pueden hasta desaparecer espontáneamente, lo propio que fenómenos del mismo género; se sabe, en efecto, que las crisis gástricas, la parálisis del tercer par, se manifiesta al principio, ó los dolores fulgurantes pueden desaparecer de la misma

manera. Es lo que sucedió á un hombre de treinta y cinco años, antiguo sifilítico, y que á la edad de veintisiete años presentó crisis laríngeas de la segunda forma que se reproducían doce á quince veces al día. Esto duró tres años y las crisis desaparecieron, pero dejó subsistir un estado de disnea permanente. En este enfermo los fenómenos laríngeos constituyeron el accidente morboso; después se manifestaron las alteraciones de la visión.

El signo de Romberg, la ataxia y los desórdenes urinarios no aparecieron hasta más tarde; finalmente, otra anomalía consiste en la ausencia de dolores fulgurantes; estos dolores, es verdad, están reemplazados por placas hiperestésicas y por borborigmos violentos. El peligro imediato sólo está en los accidentes laríngeos.

Estos pueden combatirse con las inhalaciones de cloroformo y de éter, que alivian á los enfermos. El bromuro de potasio á altas dosis y los botones de fuego en la región laríngea dan buenos resultados en el *ictus laríngeo* de origen enfisematoso ó gotoso. Es mucho más difícil medicinar á los atáxicos; sin embargo, los mismos medios pueden emplearse útilmente en ellos. (*Journ. de Méd. et de Chirurgie. Rev. de Med. y de Cir. prác.*, núm. 15, 1888.)

16.—Sobre dos formas de parálisis en los niños.

Por el doctor A. d'Espine.

Veamos cómo diferencia el autor la hemiplejia espasmódica infantil de la tabes espasmódica en el interesante artículo de que extractamos estas líneas.

Hemiplejia espasmódica infantil.—Descrita desde 1860, aunque no de una manera completa hasta 1884, es el resultado, no de una lesión inflamatoria de la zona motriz del cerebro, sino de distintas enfermedades primitivas, de asiento común en la zona motriz ó en el trayecto del hacecillo piramidal.

Se presenta repentinamente, con ó sin pérdida del conocimiento, y generalmente después de una encefalopatía caracterizada por convulsiones generales y parciales con una fiebre moderada. La hemiplejia puede desaparecer sin dejar señales, aunque excepcionalmente. Persiste generalmente bajo la forma ordinaria, la menos grave, sin

detener el desarrollo de los huesos, con atrofia muscular poco marcada y contractilidad eléctrica normal, pero con contracturas y actitudes viciosas de los miembros superiores ó inferiores.

En la forma atrófica hay falta de desarrollo de las extremidades enfermas; las superiores sobre todo, el cráneo, está aplanado del lado atrofiado; existe hemiatrofia sucesora de la cara y del frontal, presentándose movimientos anómalos en el lado paralizado.

La inteligencia se altera poco ó mucho. Puede haber afasia al principio. Es frecuente la presentación de la epilepsia en el curso de la enfermedad que nos ocupa, generalmente en la pubertad.

En las autopsias se han observado antiguos focos hemorrágicos ó de reblandecimiento por encefalia, esclerosis atrófica lobular, esclerosis con hipertrofia del cerebro y meningoencefalitis.

Es rara la hemiplejia congénita; excepcionalmente la producen las compresiones y traumatismos durante el parto; se desarrolla principalmente á consecuencia de enfermedades en el período de la primera dentición. En la segunda infancia es generalmente debida á un traumatismo ó á una enfermedad infecciosa, y sobre todo á tumores cerebrales ó tuberculosos solitarios que se encuentran pocas veces en la sífilis hereditaria.

Como tratamiento, se aconseja la electricidad y la ortopedia.

Tabes espasmódica infantil.— Parálisis espinal espasmódica, ó tabes dorsal espasmódica, es en los adultos una afección medular caracterizada por la parálisis de las piernas, con contractura y aumento de los reflejos, sin atrofia muscular, sin trastornos sensitivos ni en las funciones de los esfínteres, y debida, según Erb y Charcot, á una esclerosis sistematizada de los cordones laterales.

Las autopsias hechas por Raymond han hecho ver que el lazo común del síndrome observado en los adultos podrá ser una excitación de las células de la médula de orden puramente dinámico, ó transmitida al cuerno anterior por los facículos piramidales irritados sobre un punto cualquiera de su trayecto.

Se distingue esta afección de la que lleva el mismo

nombre en los adultos en que es una afección congénita no hereditaria, debida á lesiones que se producen en el momento del parto ó consecutivas á un nacimiento prematuro que perturbà el desarrollo normal de los hacecillos piramidales. Hay dos formas de ella, la espinal pura y la cerebro-espinal, y su etiología está en el nacimiento antes de término, en los partos laboriosos y en la herencia nerviosa para la tabes espasmódica espinal, y casi exclusivamente en la tabes para la forma cerebro-espinal. Las únicas autopsias hechas lo fueron en casos de esta última forma, observándose la lesión primitiva en la corteza cerebral, hacia la cisura de Rolando, y ocasiona una degeneración doble del facículo piramidal.

Los síntomas de la forma espinal, son: rigidez de los miembros inferiores al momento de nacer ó en el año que le sigue, sobre todo cuando los niños debieran empezar á andar. El niño no se sostiene, sus nalgas permanecen dobladas desigualmente, así como las rodillas, de modo que está más aplastado de un lado que del otro; los pies se hacen equinos varus. El tronco se inclina hacia atrás para recobrar el equilibrio; á los cinco ó seis años, sólo puede dar algunos pasos con ayuda de muletas. Contractura hasta las extremidades inferiores. Exageración de los reflejos tendinosos. Conservación de la sensibilidad y de la contractilidad eléctricas. Los esfínteres están íntegros; falta de síntomas en relación con la inteligencia ó los nervios del cráneo, nada de atrofia muscular. La salud general es buena.

En la forma cerebro-espinal hay frecuentemente convulsiones al principio, las extremidades superiores están casi siempre contraídas, así como las inferiores; los niños están atrasados, son imbéciles ó idiotas, presentan estrabismo, salivación y espasmos faríngeos.

El diagnóstico de la tabes espasmódica debe hacerse con la esclerosis en placas, rara en la infancia; con la atonía hereditaria de Friedreich, propia de la segunda infancia y de la pubertad, y con la esclerosis lateral amiotrófica de Charcot.

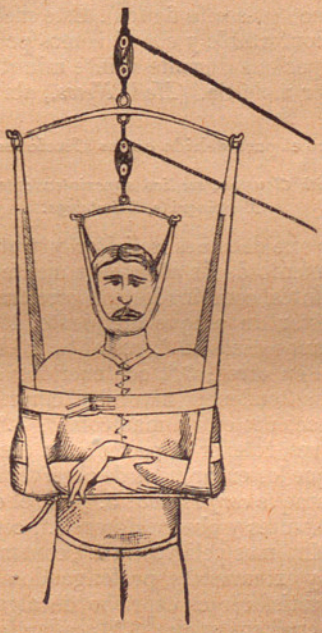
La tabes espasmódica es casi incurable. A veces se logran grandes mejorías con la tenotomía, y en ocasiones con manipulaciones ortopédicas, la gimnasia diaria ac-

tiva y pasiva, el galvanismo con corrientes débiles y el tratamiento termal. No deben emplearse ni los tetanizantes ni las corrientes farádicas. (*Rev. des maladies de l'Enfance. —Rev. médicale de la Suisse Romande*, mayo de 1889.)

17.—Sobre un nuevo método de suspensión en el tratamiento de la ataxia locomotriz.

Por Weir Mitchell, médico de la Enfermería de afecciones nerviosas de Filadelfia.

La suspensión, de diferentes maneras practicada, ha estado tan en uso en la Enfermería de afecciones nerviosas,



que el nuevo tratamiento de la ataxia por ella merece la atención de los médicos. Un gran número de pacientes están ahora usándole y los resultados han sido y son muy satisfactorios.

Paréceme, sin embargo, que la suspensión por los sobacos no es muy conveniente, porque en la mayoría de los pacientes el dolor impide que se prolongue el tiempo suficiente para mejor efecto. Creo más razonable y fácil la suspensión por los codos, según se ve en la adjunta figura. Tiene las siguientes ventajas: No lesiona los nervios, no interrumpe la circulación, es menos dolorosa y puede sostenerse más tiempo, haciendo así posible observar el valor de la suspensión prolongada. Según se ve, una polea distinta, con su correspondiente cuerda, sirve solo para la cabeza.

El aparato está simplemente formado por dos correas de cuero que pasan por los codos y una banda que une los brazos al tronco (véase la figura). Este medio de suspensión es muy confortable y con él hemos podido tener suspendida una persona durante veinte minutos sin que sufriera la menor molestia. (*Med. News.*, abril 13 de 1889.)

18.—Sobre el paraldehido en las afecciones mentales.

Por Thomas Smith Clouston, médico superintendente del Real Asilo de Morningride, Edimburgo.

Los efectos que debemos solicitar y tratar de obtener para el tratamiento de las afecciones mentales por los hipnóticos y sedantes, combinados con otro tratamiento, son: 1.°, contrarrestar un ataque incipiente de melancolía ó manía en algunos casos; 2.°, restablecer el sueño ó descanso cerebral en otros; 3.°, contener los ataques cortos que tienen una tendencia natural á curarse, aunque sea metiendo al paciente en un manicomio; 4.°, en casos tenidos por graves, retener al paciente en casa el tiempo suficiente para que los encargados de observarle puedan apreciar si es un ataque *confirmado*; 5.°, dar el descanso necesario á los asistentes y observadores; 6.°, combatir temporalmente los síntomas peligrosos; 7.°, contrarrestar los síntomas graves y extenuantes, prolongando así la vida del enfermo; 8.°, satisfacer el capricho de algunos enfermos dándole tal ó cual sustancia; 9.°, acallar la gritería y el ruido que producen unos para tranquilizar á otros.

El caso más común que generalmente suele observar en su práctica el médico es uno de melancolía con síntomas preliminares de insomnio, depresión de ánimo, indiferen-

cia á todo é irritabilidad con temores, y quizás sospechas de todo género, síntomas generales todos de extenuación cerebral. Además del descanso, el ejercicio, el cambio de vida, aire puro, alimentos fácilmente digeribles, tónicos y estimulantes nerviosos que prescribimos en dicho caso, está justificado, y con frecuencia muy bien indicado el ensayar un hipnótico si con el cansancio, el respirar aire puro, los baños calientes y fríos y el masaje ó la aplicación de botellas calientes al abdomen no se consigue hacer conciliar el sueño. No soy partidario del opio en estos casos, ni siquiera en dosis pequeñas, porque según mi experiencia disminuye el apetito extenuándose el paciente. El cloral también es una sustancia cuyo uso prolongado en algunos casos, además de extenuar, tiende á embotar las facultades intelectuales.

El hipnótico que más he usado en estos dos últimos años y con el que he obtenido mejores resultados es el paraldehido. Es una sustancia completamente inofensiva, y por más que últimamente se ha recomendado en pequeñas dosis como estimulante y contra los vómitos del embarazo, es principalmente un hipnótico puro. Obra con tanta rapidez, que muchas veces se duerme el paciente á los cinco minutos de tomar la última dosis. De más de 100 casos en los cuales lo hemos prescrito aquí, sólo en uno produjo jaqueca y en otro inquietud general. No hace perder el apetito ni altera las funciones estomacales é intestinales. Después del sueño que produce no queda cefalalgia ni laxitud, diciéndome varios enfermos á quienes la he prescrito que sienten el mismo bienestar que después del sueño natural, lo cual me satisface mucho, pues nunca creí existiera una sustancia que fuese *restauradora del sueño natural.*

Otro hecho, quizás más importante, es que el uso una sola vez del paraldehido suele en algunos casos restablecer el hábito del sueño, pudiendo suspenderse su empleo sin que el enfermo se haya acostumbrado á él, como sucede con los demás hipnóticos. En cambio no está indicado como sedante durante el día. Parece que actúa sobre las células corticales más altas y no sobre las áreas motoras corticales ó básicas. En los casos de manía suelo añadir á la dosis nocturna 3 gramos de uno de los bromuros.

Algunas veces excita cuando se da en dosis demasiado pequeñas.

La dosis apropiada de paraldehido varía mucho según el caso. Generalmente suelo empezar por 40 gotas ó 3 gramos, llegando en los casos ordinarios hasta 6 gramos. En muchos casos de insomnio confirmado y melancolía, y en la manía aguda, he administrado 9 y hasta 12 gramos, y una vez llegué hasta 18 gramos. Ahora asisto á un paralítico general que ha tomado durante quince días consecutivos todas las noches 12 gramos, no conciliando el sueño con una dosis menor. Nosotros generalmente le damos mezclado con tintura de quillaya y unas cuantas gotas de cloral en agua de canela. Tiene tan mal olor, que los enfermos huelen siempre hasta treinta y cuatro horas después de la última dosis.

No sé á qué dosis es venenoso, pero un enfermero dió una vez á una de mis enfermas 30 gramos, produciéndola un sueño estertoroso que le duró doce horas sin que se alterase nada la acción cardíaca.

Nunca he observado que el paraldehido obre sobre la acción cardíaca de otro modo más que aumentándola en seguida después de administrada. Comparo su acción como un término medio entre la del éter y la del alcohol, pero con un efecto hipnótico mucho más marcado que cualquiera de ellos.

He tenido muchos casos en los que su uso nocturno durante períodos de una á seis semanas ha ido seguido inmediatamente del restablecimiento del sueño. El primer caso de esta clase que tuve fué el de una mujer con melancolía suicida reciente, pero muy acentuada, la cual después de usar esta sustancia durante un mes empezó en seguida á dormir seis horas todas las noches hasta la curación completa. Otro, muy notable, fué una mujer con melancolía suicida también, pero impulsiva, la cual hacía dos años que no podía dormir más que una ó dos horas de una vez. Se la dispuso una dosis nocturna de 3 gramos de paraldehido, que se duplicó para obtener siete horas de sueño, continuándose durante seis semanas todas las noches, en las cuales engruesó, tomando perfectamente el alimento. Entonces se suspendió, á pesar de lo cual siguió la enferma durmiendo naturalmente, llevando así sin tomar dosis al-

guna del medicamento diez y ocho meses. El resultado obtenido en este caso está en relación con lo que sabemos de la fisiología del cerebro, de que los hábitos y costumbres son caracteres normales de sus funciones, las cuales pueden alterarse ó restablecerse por condiciones exteriores. Hay algunos casos de manía muy aguda, melancolía, y especialmente de excitación aguda de la parálisis general, en los que dosis de 15 gramos no hacen conciliar el sueño.

Después de dos años de experiencia sobre el uso del paraldehido tengo una idea muy alta sobre su uso en todas las afecciones mentales agudas ó crónicas, sin lesión cerebral orgánica, y en los últimos períodos de muchas clases de lesiones cerebrales, ya sean casos recientes ó muy antiguos, lo mismo en aquellos en que no haya complicaciones como en los complicados con afecciones graves de los pulmones y del corazón. Puedo además decir que no creo haber producido daño alguno con su uso. Todo el que tenga una larga experiencia en el tratamiento de las alteraciones mentales tendrá que convenir en que los casos que siguen su curso bajo condiciones favorables, una buena asistencia y una alimentación apropiada es lo que mejores resultados da. Todo el que haya usado muchas clases de hipnóticos y sedantes en gran cantidad, creyendo aliviar los síntomas más molestos, lo que ha hecho es alterar el curso favorable del caso impidiendo la curación. Creo esto respecto al uso del opio y del cloral, mientras que jamás lo he sospechado con el paraldehido, el cual, si no beneficia, al menos no hace daño alguno. El cerebro y sus funciones, lo mismo en estado sano que patológico, es tan excesivamente delicado y tan oscuro, que cualquier sustancia medicinal que obra directa y activamente sobre ellas y no produce efecto alguno nocivo es indudablemente de gran valor. El paraldehido es una sustancia tan volátil que es pronto y completamente eliminada por los pulmones y riñones. (*American-Journal of Med. Sciences*, abril de 1889, página 352.)

19.— De la compresión de la carótida primitiva en la hemorragia cerebral.

Por los doctores Spencer y Horsley.

Siendo en general el medio mejor y más racional para la hemostasia la compresión directa del vaso aferente, los autores de los experimentos de que vamos á dar cuenta pensaron, basándose en este hecho, que la compresión del vaso de donde emana la arteria cerebral media, sitio casi habitual de la hemorragia en el cerebro, es decir, que la compresión de la carótida podía obrar directamente sobre el derrame sanguíneo y detenerle.

Es sabido que la cerebral media no forma parte del círculo de Willis, cuya dirección es horizontal, mientras que la de las ramas de aquella arteria es vertical, es decir, exactamente como el eje de la carótida interna; de donde resulta que el paso de la sangre por la cerebral media y sus ramas (lentículo-estriadas y en las capas ópticas), que continúan verticalmente la carótida, se opera con mayor facilidad que en la cerebral anterior, en la oftálmica y en las ramas posteriores del exágono, que son horizontales. Partiendo de estos principios, Spencer y Horsley han instituído los siguientes experimentos en monos macacos, cuya circulación cerebral es la que más se acerca á la del hombre.

1.ª serie de experimentos.— Estando el animal completamente anestesiado, los experimentadores ponen con cuidado al descubierto, levantando la duramadre sin tocar los vasos, la porción del cerebro que corresponde á la cerebral media y sus ramas, y después de observar atentamente el estado de la circulación de esta arteria, comprimen la carótida primitiva sobre las vértebras á través de los tegumentos. Ven inmediatamente cesar las pulsaciones en las ramas mencionadas, á pesar de la persistencia de una pequeña cantidad de sangre en su interior. Al mismo tiempo la sustancia cerebral se anemia y palidece.

Si se suspende la compresión, las pulsaciones reaparecen en seguida y la sustancia cerebral recupera rápidamente la coloración normal. Se observa además durante este experimento que ninguna modificación apreciable tiene lugar en las ramas de las cerebrales anteriores y ex-

ternas. Durante la compresión carotídea, la excitación eléctrica de la parte del cerebro anemiado no produce efecto, pero tan luego como cesa la compresión vuelve á ser eficaz.

Cuando se mantiene la compresión por un tiempo suficientemente largo, se ve restablecer gradualmente la circulación de las ramas de la cerebral media por las anastomosis con el círculo de Willis. Así es que después de dos horas de haber practicado la ligadura de la arteria cerebral, Spencer y Horsley observaron que la sangre circulaba por la arteria cerebral media, presentándose pequeñas pulsaciones al mismo tiempo que la sustancia cerebral volvía á tomar color. Las pulsaciones eran más acentuadas en el lado opuesto, pero así en un lado como en otro la excitación eléctrica producía los mismos efectos.

Estos resultados explican lo que ocurre en el hombre después de la ligadura de una de las carótidas, es decir, la paresia solamente pasajera de la cara, del brazo y de la pierna.

2.ª serie de experimentos.—Han tenido por objetivo las ramas de la cerebral media, que van á los cuerpos estriados y á las capas ópticas, sitios tan frecuentes de la hemorragia.

Después de haber puesto al descubierto una gran extensión del cerebro, los experimentadores practican rápidamente una incisión horizontal, pasando por la parte media de la cápsula interna, pero sin penetrar en los ventrículos laterales. Seccionando entonces la cerebral media y las arterias lentículo-estriadas, la sangre fluye en abundancia, sobre todo de la cerebral media, pero se para inmediata y completamente en cuanto se comprime la carótida, y al cabo de medio minuto ó tres cuartos de minuto se se ve que se ha formado un coágulo en el orificio de la arteria cerebral.

Si se suspende entonces la compresión, vuélvense á percibir las pulsaciones en la arteria, pero ya no fluye sangre, gracias á los coágulos formados en los orificios de los vasos. Si se quitan estos coágulos, se reproduce instantáneamente la hemorragia, pero vuelve á cesar en el momento en que se practica otra vez la compresión.

Estos experimentos, que dan una demostración tan evi-

dente, permiten establecer, y así lo hacen los autores como primera indicación positiva y racional en los casos de apoplejía por hemorragia, la compresión de la carotídea del lado de la hemorragia.

¿Podía preguntarse si el exceso de generalización de esta práctica, por más autorizada que estuviese por el resultado experimental, no tendría sus inconvenientes y hasta algunos peligros, especialmente en los casos de *embolia* y de *trombosis?*

Los autores responden á esto que la compresión carotídea no aumentaría de un modo sensible la anemia cerebral debida á la embolia, y que por otra parte el restablecimiento rápido de la circulación, gracias á las anastómosis de la cerebral media ó al exágono, demostrada por sus experimentos, garantiza la cesación rápida de los efectos de la compresión. En cuanto á la trombosis, no ofrece peligro alguno.

La compresión, como ya se ha dicho, deberá practicarse contra las vértebras; pero si hay tiempo suficiente la ligadura del vaso será aún más eficaz, asegurando el resultado. Es necesario en este caso tomar todas las precauciones asépticas, y convendrá no apretar excesivamente la ligadura á fin de evitar se rompa la túnica interna de la arteria.

No hemos de insistir sobre la gran utilidad y alta importancia de estas investigaciones, que hacen entrar en el dominio científico, gracias á la experimentación, una cuestión terapéutica que había permanecido hasta aquí en la incertidumbre del empirismo tradicional. (*Tribune Medical*, 29 marzo de 1889. *Rev. de cienc. méd. de Barcelona*, núm. 8, 1889.)

20.—Efectos consecutivos del paraldehido y el sulfonal.

Por C. M. Hay, médico del Manicomio de Morris Plains, Nueva Jersey.

Aunque estos dos medicamentos difieren considerablemente respecto á su acción en las distintas afecciones mentales, sus mayores diferencias estriban en sus efectos consecutivos. La diferencia en cuanto á éstos es grande, pues mientras que el uno es sólo capaz de producirlos muy insignificantes y en corto número, los originados por el otro

pueden hasta poner en peligro la vida del paciente. Desde que se descubrió el paraldehido se han observado unos cuantos casos de hábito con dicha sustancia, si bien yo no he visto aún uno solo, á pesar de que muchos enfermos de este Asilo le han tomado de un modo continuo durante muchos meses. Del número muy limitado de casos que se han publicado desde 1882, es decir, desde que se generalizó el uso de esta sustancia, deduzco que debe esto ser muy raro comparado con la frecuencia con que se observa el hábito al cloral, cloroformo y morfina. Indudablemente posee dos grandes salvaguardias en su gusto y el olor que deja á la respiración de ocho á diez y seis horas después de ingerido. Respecto á si los enfermos pueden también habituarse al sulfonal, hoy no sé que contestar, si bien tengo uno que lo ha tomado unas seis semanas y que recientemente ha pedido se le aumente la dosis. Nadie ha observado que el uso continuo del paraldehido vaya seguido de una ulceración nasal grave, como refiere el doctor J. G. Klernan *(Wood's Therapeutics)*, aunque en varios casos he visto una erupción papilar diseminada sobre la porción superior del cuerpo en personas debilitadas.

Los efectos consecutivos principales del paraldehido en los casos por mí observados han sido debidos á su acción irritante sobre la membrana mucosa gastro-intestinal, dándolo por esta razón diluído. En cerca del 7 por 100 de los casos se ha observado diarrea, vómitos y alteración en las funciones digestivas, y cosa extraña, he observado que su uso continuado ha ido seguido de aumento del apetito y del correspondiente estímulo en el poder digestivo en varios casos de dispepsia atónica. Respecto á si esto era principalmente debido á la acción estimulante sobre la membrana mucosa gástrica, ó era el resultado de la desaparición del insomnio, es difícil responder, por más que yo creo que fuera debido probablemente á ambas cosas combinadas. Nunca he observado que el paraldehido produzca ninguna grave alteración en el pulso, temperatura ó respiración, y estas observaciones están plenamente confirmadas por muchos que han empleado mucho esta sustancia.

Según dice el doctor C. Harris en una Memoria, le usó en 152 enfermos del Manicomio de Norristown, y añade:

«Sus ventajas sobre el cloral dependen principalmente de que no hay peligro respecto á su acción sobre el corazón, pues se han dado 100 gotas en casos de manía aguda sin abservar el más ligero efecto sobre el corazón ó la respiración». El hecho de que esta sustancia se haya generalizado tanto desde 1882, refiriéndose tan pocos efectos nocivos, prueba de un modo concluyente su benignidad aun en grandes dosis terapéuticas.

¿Qué evidencia tenemos de que el sulfonal sea capaz de producir síntomas más graves? Al principio el encomio que de este cuerpo se hizo generalizó mucho su uso, pero pronto se publicaron casos en los que se presentaron síntomas desagradables. El doctor Bornemann (*Deutsche medizinal Zeitung*, noviembre 26 de 1888), refiere un caso (un hombre de cincuenta y tres años habituado al uso de la morfina) que tomó hasta 4,50 gramos en cuatro horas. Produjose debilidad muscular, incoordinación y gran depresión mental, no desapareciendo la ataxia hasta el sexto día. El doctor Schotte, de Cassel, ha publicado un caso en el cual la dificultad en mover la lengua, el estupor, la cefalalgia y la pérdida del apetito persistieron cuatro días, presentándose luego una erupción parecida á la del sarampión sobre todo el cuerpo y que duró dos días. El doctor Engelman (*Wiener medizinische Blatter*, noviembre 1.° de 1888) refiere un caso (mujer de cuarenta años con una metritis crónica) en el que sólo 1,50 gramos produjeron á la mañana siguiente una erupción escarlatinosa que se extendió simétricamente por todo el cuerpo, y que duró tres días, acompañada de gran picazón.

Conviene hacer observar que 30, ó el 18 por 100 de mis 166 casos, experimentaron consecuencias desagradables. Algunas personas parecen muy susceptibles á esta sustancia, mientras que en algunas manías violentas he dado hasta 3 gramos diarios durante doce días sin presentarse síntomas alarmantes. Los efectos consecutivos del sulfonal son más variables y más acentuados sobre los grandes centros nerviosos que los del paraldehido.

Los efectos que produce en algunos casos no están en proporción directa con la cantidad ingerida, de modo que la producción de los distintos síntomas en ellos debe, al menos en gran parte, depender de otras condiciones del

organismo mismo, así como no dudo que las condiciones de su solubilidad y absorción en la trama intestinal tienen gran influencia también en su producción. (*American Journal of Medical Sciences*, julio de 1889, pág. 18.)

ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA CIRCULACION

21.—Nuevo medicamento en las afecciones cardíacas; el azúcar de leche como diurético.

Por el doctor G. See.

He aquí las conclusiones de la comunicación hecha por el autor á la Academia de Medicina de París.

1.ª La lactosa constituye el más poderoso, al par que inofensivo, de los diuréticos. Es la que por sí sola da á la leche su propiedad diurética. Los demás principios de la leche, particularmente el agua y las sales, no tienen acción manifiesta ó útil; el cloruro de sodio en nada contribuye á la poliuria debida al azúcar de leche, y las sales de potasa mismas sólo toman en ella una parte muy insignificante.

Tomada la leche á la dosis de 2 litros, produce la diuresis; pero á la dosis de 4 litros, cada uno de los cuales contiene 50 centigramos de lactosa, determina al mismo tiempo una glucosuria muy evidente, una diabetes pasajera; una parte de los 200 gramos así absorbidos se eliminan por las orinas. Al mismo tiempo tiene lugar una excreción considerable de urea que indica una destrucción de los albuminatos. Existe, pues, á la vez glucosuria y azoturia.

El azúcar de leche permite evitar todos estos inconvenientes y peligros; 100 gramos de lactosa en poción producen una diuresis enorme que no hay seguridad de conseguir con 4 ó 5 litros de leche. Con la lactosa no existe azoturia ni glucosuria. En la leche la acción de la lactosa está dificultada por la caseína y la grasa.

2.ª La poliuria que resulta del uso interno de 100 gramos de lactosa excede mucho á todas las poliurias medicamentosas; llega rápidamente á 2 litros y medio de orina y se eleva casi constantemente á 3 litros y medio y hasta 4 ó 4 litros y medio al tercer día. A partir de este momento permanece estacionaria ó desciende á 2 litros y medio du-

rante algunos días. Durante este tiempo las hidropesías desaparecen casi con seguridad y la sangre se deshidrata; á causa de esto la diuresis no es tan intensa como al principio del tratamiento. Pero después de algunos días de descanso se puede obtener por el mismo medio una nueva deshidratación de la sangre y la reabsorción de las hidropesías.

3.ª *Efectos sobre las hidropesías de origen cardiaco ó renal.*—En vista de esto se puede decir que la lactosa obra de una manera segura en las hidropesías de origen cardiaco, pero que lo hace de un modo dudoso y hasta nulo en las hidropesías de origen renal.

En las afecciones del corazón sólo fracasa en los cardíacos cuyo riñón se ha hecho brightico y cuando la albúmina excede de 0,60 gramos ó 1 gramo por litro. Mientras la cantidad de albúmina es mínima el resultado es favorable, lo que hace sospechar que en estos casos no hay lesiones renales, sino un simple éxtasis sanguíneo; se puede, pues, calcular por la diuresis lactósica el grado de alteración de los riñones.

4.ª *Momento de detención de la diuresis. Prescripción de la lactosa.*—Puede, en ocasiones, interrumpirse la acción diurética por otras causas que no sean la lesión de los riñones. Puede producirse en efecto una diarrea que, como es natural, disminuye la diuresis. En otros casos los enfermos tienen, después de un tiempo más ó menos largo, sudores profusos ó transpiraciones accidentales que disminuyen la poliuria, pero ésta no tarda en reaparecer.

El medicamento es en general perfectamente soportado. Se le debe prescribir durante ocho ó diez días; este tiempo basta para producir una deshidratación notable de la sangre; se interrumpe entonces su uso durante algunos días para prescribirle de nuevo. La tisana lactósica es un poco insípida; se puede corregir este defecto por la adición de un poco de alcohol, ó de agua, ó de menta. En todos los casos importa racionar y aun suprimir todas las demás bebidas, incluso el caldo, y sobre todo la leche, que es inútil como diurética y que embarazando el estómago impide se tome cualquier otro alimento. Pero bajo este punto de vista la lactosa tiene una ventaja inmensa; permite al enfermo, muy á satisfacción suya, tomar toda clase de ali-

mentación, y hasta el régimen de la carne, indispensable á menudo para sostener las fuerzas desfallecidas del cardíaco que ha llegado al fin de su enfermedad.

5.ª *Modo de acción de la lactosa. Comparación terapéutica con los demás diuréticos.*—Una vez adquiridos los hechos expuestos, se trata de interpretar el modo de obrar de este nuevo diurético, que se puede llamar fisiológico. Es sabido que los diuréticos obran á menudo á causa de la alta presión sanguínea que determinan; en el caso que nos ocupa, el pulso y la presión no están modificados. Se considera que las sales alcalinas producen la diuresis en virtud de su poder osmósico; las sales de potasa son las que tienen especialmente este privilegio. Mas añadiendo 2 gramos de potasa á cada litro de tisana lactósica, nada más se consigue que con la lactosa sola. Como ésta no atraviesa el riñón, no obra por lo tanto por ósmosis; es preciso admitir una acción electiva y selectiva de la lactosa sobre los elementos secretores del riñón; es un diurético fisiológico renal.

Si la comparamos con los demás medicamentos diuréticos, he aquí lo que encontramos. Los que aumentan la presión, los cardio-vasculares, como son la digitalina, la convalamarina, el estrofantus, obran más débilmente, con menos seguridad y eficacia sobre las hidropesías que la lactosa. Bucquoy, con su severidad tradicional y su verdadero espíritu científico, ha reconocido esto respecto á la lactosa comparada con el estrofantus, su medicamento privilegiado.

El segundo grupo de los diuréticos, el único bien establecido hasta aquí, comprende los diuréticos renales propiamente dichos, á cuya cabeza se encuentra la cafeina. Forma parte de una serie química que empieza en la xantina; comprende la teobromina, que estudio en la actualidad, y acaba en la cafeina, el más metilado de todos estos compuestos. Sabemos, pues, para en adelante tres cosas:

a) Que la cafeina y la teobromina son diuréticos renales como la lactosa.

b) Que los dos obran independientemente de la presión vascular, porque se pueden seccionar los centros vasomotores y destruir los nervios sin impedir en lo más mínimo la diuresis cafeica.

c) Que no tienen acción tónica sobre el corazón, como recientemente se ha pretendido, y en esto también se parecen á la lactosa. Pero la cafeina produce trastornos nerviosos y cerebrales, de lo que jamás es responsable la lactosa.

6.ª Tenemos, pues, en la lactosa el diurético de las afecciones del corazón en su período asistólico, el verdadero medio curativo de las hidropesías de origen cardíaco, aun de las que han resistido á los demás agentes poliúricos. En la asistolia existe otro accidente de los que más comprometen la vida, la disnea; pero contra ella la lactosa es impotente, así es que su acción deberá ser secundada por el ioduro de potasio. Este medicamento, hallado por mí hace diez años, y del que se me ha despojado después con entusiasmo y perseverancia, á menudo con habilidad, cambiando bajo pretexto de toxicidad potásica el nombre de familia de potasio en sodio, constituye por el iodo y la potasa el verdadero medicamento del corazón y de la circulación. No le falta más que el poder diurético. Para llenar todas las indicaciones debe asociarse el ioduro y la lactosa. (*Nouveaux Remèdes*, 24 junio de 1889.)

22.—La disnea tóxica en las cardiopatías arteriales; su tratamiento.

Por el doctor H. Huchard.

Hace algún tiempo observé á un hombre de cincuenta años que presentaba hacía tres ó cuatro años un fuerte soplo en el orificio mitral. Se pensó en una insuficiencia mitral, y un día que sobrevinieron accesos de disnea violentos se ordenó la digital, que aumentó por el contrario los accidentes. Nunca estuve conforme, sin embargo, respecto al diagnóstico y al tratamiento. Este hombre cardiópata era ante todo un arterial; no había lesión, ó más bien enfermedad mitral, por más que presentara un soplo intenso en la punta del corazón; pero esto era debido á la sola presencia de rugosidades ateromatosas que se habían desarrollado á nivel del orificio mitral sin determinar en él insuficiencia. Era un arterial que no había padecido nunca reumatismo, y solamente encontraba antecedentes hereditarios de gota y la existencia de emocio-

nes vivas y disgustos repetidos para explicar en él la producción de la arterio-esclerosis (porque estoy convencido y he demostrado que á menudo las cardiopatías arteriales son de origen moral). Los accesos de disnea que padecía el enfermo no eran debidos, como se creía, á accidentes de rotura de compensación; el corazón estaba hipertrofiado, como se encuentra frecuentemente en los arterio-esclerosos, pero sus contracciones eran normales; no había edema de los miembros inferiores, ni congestión del hígado, así como tampoco ningún estertor ni signo alguno de hiperemia de los pulmones; no existía ni jamás había habido albúmina en las orinas; la disnea era paroxística, y se presentaba hacía varios meses durante la noche con una intensidad tal que era imposible el sueño; pero esta disnea tenía también otro carácter, se presentaba bajo la influencia del menor esfuerzo, de una marcha un poco precipitada; se trataba de una *disnea de esfuerzo*, llamada así por Constantino Paul, y cuya denominación no debe ser reemplazada por ninguna otra. Pensando que esta disnea era de origen tóxico prescribí el régimen lácteo exclusivo, y desde el segundo día desaparecieron todos los accidentes disneicos para no presentarse más. Como he observado casos semejantes desde hace bastante tiempo, deseo insistir hay sobre esta disnea tóxica de los cardiópatas arteriales.

Esta disnea sobreviene bajo la influencia y en el curso de la arterio-esclerosis, y aun cuando no se observa ninguna señal de albúmina durante años, á pesar de que la enfermedad no presenta signo alguno de nefritis intersticial, ni ningún accidente de uremia, ni nada que se parezca á los casos de «brightismo sin albuminuria», tan bien observados por Dieulafoy, el riñón se hace más ó meno simpermeable desde el principio de la enfermedad. Esta *impermeabilidad renal* se traduce por la insuficiencia ó el defecto de eliminación de las sustancias tóxicas formadas por el organismo ó procedentes del exterior. Ciertos alimentos, y sobre todo el pescado, las carnes mal cocidas, etc., contienen una gran cantidad de ptomainas que, no eliminadas por el filtro renal, determinan verdaderos síntomas de envenenamiento, entre los cuales ocupa el primer lugar en cuanto á síntoma. Estoy persuadido de que ciertas mate-

rias tóxicas alimenticias poseen propiedades convulsivas sobre la contractilidad de las arterias, del mismo modo que otras tienen una acción somnífera. De todo esto resulta un espasmo más ó menos permanente del sistema arterial, que produce rápidamente la hipertensión arterial y consecutivamente la arterio-esclerosis. Esta, pues, puede ser de origen alimenticio, y como se ve, lejos de creer, como Gubler, al vegetarismo capaz de producir el ateroma, llegó á una conclusión completamente opuesta: el régimen de la carne excesivo en los individuos predispuestos puede determinar el desarrollo de la arterio-esclerosis, y el régimen vegetal puede retardar su aparición ó suprimir sus efectos.

Puesto que la impermeabilidad renal es un signo precoz de la arterio-esclerosis, las indicaciones consisten: 1.°, en suprimir de la alimentación todas las sustancias que contengan elementos tóxicos; 2.°, en prescribir una alimentación que no contenga ptomainas; 3.°, en combatir estos efectos tóxicos cuando se producen. Prescribo, pues, de la manera siguiente el régimen alimenticio en los arterio-esclerosos:

a) Contra los accesos de disnea, régimen lácteo exclusivo durante doce ó quince días; pero este régimen lácteo exclusivo solamente produce sus efectos á condición de ser absoluto y abundante (3 á 4 litros al día).

b) Cuando casi han desaparecido los accesos de disnea, es preciso prohibir en el régimen alimenticio todas las sustancias que contengan más ó menos ptomainas: pescados, carnes mal cocidas, caldo y sopas grasas, que no son más que soluciones de veneno (Gubler). Se debe prescribir, por el contrario, un régimen alimenticio que no contenga ninguna sustancia tóxica: régimen lácteo bajo todas sus formas (leche al natural, sopas de leche, etc.); régimen vegetal, huevos, de cuando en cuando carnes, á condición de que no estén pasadas y de que hayan sufrido una cocción completa. Entre estas carnes, la de cerdo es la que contiene menos ptomainas. Prescribo los huevos (hasta con especialidad) aun cuando el enfermo presente albuminuria, sin tener en cuenta las experiencias de Cl. Bernard, que hacía albuminúricos animales á quienes daba grandes cantidades de yema de huevo. Por mi parte jamás he visto presentarse albuminuria ó aumentar ésta en

los enfermos con el régimen de los huevos, y cuando éstos son sometidos á una cocción conveniente son incapaces de determinar la producción de la albuminuria en las orinas.

Pero en los cardiópatas arteriales afectados de disnea tóxica no se debe nunca ordenar la digital ó medicamentos tóxicos, que mal eliminados por un riñón impermeable pueden determinar accidentes más ó menos serios. Estos medicamentos pueden ser prescritos únicamente después de varios días de régimen lácteo, cuando éste, por la diuresis que produce, ha, por decirlo así, «abierto» el riñón.

En las cardiopatías arteriales hay, pues, dos clases de disnea: 1.ª, una francamente *cardíaca*, debida á los accidentes de la rotura de compensación del corazón, provocada por los trastornos de la circulación cardíaca pulmonar; en este caso están indicados los tónicos cardíacos, y entre ellos la digital; 2.ª, otra de origen *tóxico*, debida al estado de impermeabilidad renal, contra la que debe prescribirse un régimen alimenticio particular. En este caso está completamente contraindicada la digital, porque puede producir con facilidad accidentes tóxicos, y que si no los produce, sostiene y aumenta el acrecentamiento de la contractilidad y de la tensión arteriales, que son las dos causas principales del desarrollo de la arterio-esclerosis. (*Com. á la Soc. de Thérap. de Paris*, 18 junio de 1889. *Bull. générale de Thérap.*, 8 julio de 1889.)

23.—Sobre la acción terapéutica de la coronilla y su glucóside la coronillina en las afecciones cardíacas.

Por el doctor Haushalter, de Nancy.

De diez y siete casos en los que se empleó la coronilla, ó la coronillina, en la mitad, es decir, en ocho, tuvieron una acción eficaz y aliviaron en parte al menos los síntomas de asistolia; dos veces produjeron un alivio insignificante, y en siete su efecto terapéutico fué nulo. Las observaciones se hicieron en enfermos de miocarditis gránulo-grasosa de orígen alcohólico, insuficiencia mitral con estrechez, miocarditis con hipertrofia del corazón y arterio-esclerosis generalizada, insuficiencia mitral, enfisema y dilatación del corazón derecho, miocarditis con asistolia,

insuficiencia mitral con asistolia y obesidad con sobrecarga grasosa del corazón.

En los ocho casos en que tuvo la coronilla una acción útil, cinco veces se dió bajo la forma de extracto y tres veces en la de coronillina: el número de casos en que se experimentó no es bastante elevado para permitir deducir que la coronillina es menos eficaz que el extracto alcohólico.

En todos los casos los enfermos estaban en un grado avanzado de asistolia; cinco veces ésta resultaba de una degeneración del corazón unida á una alteración de los vasos; tres resultaba de una insuficiencia mitral, cuya compensación se había roto.

El medicamento se administró en general tres ó cuatro días seguidos; en la mayor parte de los casos fué repetida en el mismo enfermo una serie de veces con intervalos más ó menos distantes.

El máximum de efecto útil se produjo en general á las veinticuatro ó treinta y seis horas de la administración de la primera dosis; las dosis ulteriores sólo servían para sostener el efecto, sin que por lo demás le aumentaran mucho; en general, veinticuatro horas después de la última dosis el enfermo caía de nuevo en el estado en que se encontraba antes de la administración del medicamento; una sola vez, en un caso en que se trataba de un ligero primer ataque de asistolia en un alcohólico ateromatoso, el alivio fué persistente y definitivo después de cuatro dosis de coronillina. De estos hechos resulta que el principio activo no se acumula en el organismo.

Para apreciar en su justo valor el efecto útil examinaremos rápidamente la acción de la coronilla sobre el pulso la diuresis, las hidropesías y la disnea.

Pulso.—Las curvas de la cifra de las pulsaciones y los trazados esfigmográficos del pulso, tomadas antes y después de administrado el medicamento, demostraron que la coronilla sólo tuvo una insignificante influencia en los casos en que se dió sobre la cifra de las pulsaciones ó el ritmo del pulso. En ninguno de los casos observados se regularizó por completo con la coronilla un pulso muy irregular: varias veces fué sencillamente menos irregular después de administrado; en cuanto á la cifra de las pulsaciones por minuto, en ciertos casos en nada se modificó con el medi-

camento, otras veces fué superior y otras inferior á la que era antes. La amplitud del pulso aumentó en proporciones variables mientras se administró el medicamento.

Diuresis.—El efecto más manifiesto producido por la coronilla fué ciertamente el aumento de la cantidad de las orinas; de veinticuatro á treinta y seis horas después de la administración de la primer dosis, llegó á su máximum la cifra de las orinas; en general, durante todo el tiempo en que se administró el medicamento esta cifra se mantuvo en 2 litros y 2 litros y medio, para disminuir en cuanto se suspendía el medicamento; en dos casos las orinas llegaron á 3 y 4 litros.

Hidropesías.—Las hidropesías, la cianosis, las dilataciones venosas, salvo una observación, jamás desaparecieron por completo bajo la influencia de la coronilla; estos síntomas eran simplemente aliviados un poco durante la acción del medicamento.

Disnea.—En algunos casos la disnea y el insomnio experimentaban algún alivio mientras se administraba el medicamento.

En suma, el efecto útil de la coronilla en los ocho casos en que se consiguió se resume en una disminución de los edemas, un aumento de la diuresis, una sensación subjetiva de bienestar relativo, resultante sobre todo de una disnea menor; proviniendo todos estos efectos del aumento pasajero de la tensión sanguínea, á consecuencia de la acción del principio activo de la coronilla sobre el músculo cardíaco.

Mas para juzgar del valor real de la coronilla como medicamento cardíaco, sería útil poder comparar sus efectos, en los mismos casos, con los de otro medicamento cardíaco bien conocido, tal como la digital. Como han demostrado las observaciones en los casos en que la coronilla tenía una acción útil, la digital era capaz de producir en el mismo período un alivio sensible, no pareciendo que en estos casos el efecto de la digital fuera notablemente superior al de la coronilla. En la mayoría de los casos llegaba un momento en que la coronilla perdía su efecto útil sobre los síntomas de asistolia; en el mismo período era la digital igualmente ineficaz. Hay que añadir que se da poco valor á la comparación entre el grado de acción de la digital y

de la coronilla, dados los casos en que se pudo establecer, puesto que dos de los enfermos se encontraban más ó menos en un estado de caquexia cardíaca, y su miocardio degenerado no se hallaba en un estado muy á propósito para responder muy enérgicamente á ninguno de los excitantes de incontractilidad.

Casos en que la acción de la coronilla fué mínima.—En los dos casos la coronilla ó la coronillina determinaron un alivio insignificante. En uno de ellos en particular, después de la administración de un gramo de coronilla, el edema disminuyó un poco, el pulso se hizo más amplio y se alivió la disnea; pero este alivio fué pasajero, y no se reprodujo con la segunda dosis de medicamento; la digital, administrada tres días seguidos, tampoco provocó más que un alivio insignificante y de corta duración.

Casos en los que la coronilla no produjo ningún efecto útil.—Esto ocurrió en siete; en cuatro de ellos la digital fué asimismo impotente; en uno la digital y el estrofantus aliviaron accesos de asistolia, contra los cuales nada había podido la coronilla; en otros dos casos los enfermos llegaron al último período de la caquexia sin ensayarse la digital.

Veamos los inconvenientes que presentó la coronilla. Tiene un sabor amargo; administrada por la vía estomacal, determina la mayoría de las veces un estado nauseabundo, y provoca en ocasiones vómitos que dan por resultado el que sea devuelto el medicamento; frecuentemente también la coronilla determina una diarrea serosa, que á veces es muy abundante; todos estos accidentes obligaron en ocasiones á suspender el medicamento en ciertos enfermos.

Además el principio activo parece modificarse en el tubo digestivo, puesto que dosis que serían mortales cuando se las introduce en la sangre no producen efecto cuando se las administra por la vía estomacal; para remediar estos inconvenientes, y sobre todo para cambiar la vía de absorción del medicamento, se inyectaron en dos casos bajo la piel un centímetro cúbico de una solución que contenía medio miligramo de coronilla; pero no produjo ningún efecto terapéutico, y se desarrolló un edema doloroso bastante extenso en la región donde se hizo la inyección.

Dosis.—Observando que la dosis de 0,01 gramo de extracto de coronilla y la de 0,005 gramos de coronillina no producían en el hombre ningún efecto apreciable, se aumentó progresivamente la dosis en una serie de casos, acabando por hacer constar que el extracto de coronilla empezaba á ser eficaz á la dosis de 0,40 á 0,50 gramos, y la coronillina á la de 0,20 á 0,30 gramos, consiguiéndose el máximum de acción con 1,50 gramos de extracto de coronilla y 0,50 gramos de coronillina, sin observar accidentes nerviosos (vértigos, dilatación de las pupilas, hormigueo en los miembros), como Cardot.

El extracto de la coronilla *(Coronilla scorpioides)* se administró en forma de píldoras, sellos ó poción, y su amargor, así como el de la coronillina, no se consigue disimular por completo en las pociones.

Por último, de sus estudios deduce el autor las conclusiones siguientes:

1.ª La coronilla puede ser considerada como medicamento cardiaco, capaz de modificar en sentido favorable cierto número de síntomas que resultan de falta de energía del miocardio.

2.ª Los efectos útiles, cuando se producen, siguen rápidamente á la administración del medicamento, pero cesan en gran parte en cuanto se le suprime.

3.ª Los efectos consisten en un aumento de amplitud del pulso, aumento de la diuresis, disminución de los edemas y alivio de la disnea.

4.ª La coronilla pierde su acción en los casos en que la digital se hace ineficaz, es decir, en los casos en que el músculo cardiaco está profundamente degenerado.

5.ª En todos los casos en que es eficaz la coronilla lo es igualmente la digital.

6.ª La administración de la coronilla va seguida en algunos casos de vómitos y de diarrea. *(Gaz. heb. de méd. y de chir.*, 14 junio de 1889.)

24.—Sobre el pulso lento permanente con ataques epileptiformes; su tratamiento.

Por el doctor Huchard.

Este dramático sindrome, cuya denominación es un poco larga, podría ser llamado enfermedad de Stokes-Adams. Estos autores son los que se han ocupado más particularmente de él. La primera observación, algo precisa, data de 1827; Stokes habla claramente de uno de sus enfermos que se caía al suelo, cuyo pulso se hacía cada vez más lento, y cuya respiración era ruidosa y estertorosa, etc.

Blondeau acaba de publicar una tesis sobre el mismo asunto, por inspiración de Charcot, que ha descrito á su vez esta enfermedad en sus lecciones.

Se trata de individuos que salvo raras excepciones tienen de una manera continua un pulso muy inferior en frecuencia al normal. Este signo, que se encuentra en las convalecencias, no tendría nada de característico si no se completara por un ataque de síncopes repetidos, lo que distingue esta falsa apoplejía, muy bien descrita por Stokes, de la apoplejía sanguínea verdadera. Sólo de una manera excepcional ocurrre la muerte á consecuencia del primer ataque. Son necesarios á menudo gran número de ellos.

Stokes y Adams cometieron un error al atribuir estos accidentes á una causa única: la degeneración grasosa del corazón.

Existen individuos que tienen lesiones bulbares ó lesiones en las proximidades del bulbo, y que presentan el mismo pulso lento con ataques epileptiformes. Hay asimismo una teoría que considera todo esto como fenómenos de origen nervioso.

Otra teoría admite á la vez la influencia del corazón y de los centros nerviosos.

En realidad se trata de accidentes de arterio-esclerosis localizados, no solamente en el corazón y en el bulbo, sino también en los riñones. No se trata de tres enfermedades, sino de una misma que afecta á la vez tres puntos de la economía.

Sólo he observado personalmente tres veces el sindrome de Stokes-Adams: 1.° En el primer caso se trataba de

un anciano que se decía atacado de epilepsia desde hacía tres ó cuatro meses. Es necesario desconfiar de las epilepsias tardías; no son generalmente sino fenómenos epileptiformes cuya causa está por investigar. El pulso solamente latía treinta veces por minuto, y si bien la enfermedad se alivió por el tratamiento que indicaré, hube de prevenir á la familia de la muerte cierta á que estaba condenado. Sin embargo, este desenlace fatal se ha visto retardarse á veces años, y en una ocasión hasta trece.

2.º Otro enfermo, de treinta y cinco á cuarenta años, que era fogonero y cuya profesión era incompatible con su salud, me fué recomendado por Mr. Granet, de Montpellier. Se alivió y después no he vuelto á saber de él.

3.º Mi último enfermo tenía síncopes de cinco minutos, precedidos de un estado de anonadamiento; el pulso descendía á 40 y á 30 pulsaciones, para subir luego á 70. Este pulso no es, pues, siempre estable; no es por lo tanto un elemento indispensable. Habiendo prescrito Mr. Charcot á este enfermo el sulfato de quinina, hice respetuosas reservas con motivo de la acción vaso-constrictiva de este medicamento. Fué preciso, en efecto, suspenderle poco tiempo después, consecutivamente á un nuevo ataque, á causa del cual el pulso permanecía durante largo tiempo á 24 pulsaciones.

Como se trata de isquemia bulbar, es necesario recurrir con preferencia á los vaso-dilatadores. El ioduro de sodio tiene algunos inconvenientes; prefiero la trinitrina ó la nitroglicerina, lo que no impide el uso del nitrito de amilo en el momento de las crisis. Doy de dos á tres gotas de la solución alcohólica de trinitrina al céntimo, ó mejor recurro á las inyecciones subcutáneas, según la fórmula siguiente:

Agua destilada.	10 gramos.
Solución alcohólica de trinitrina al céntimo . . .	40 gotas.

Dos á tres cuartos de jeringa al día, equivaliendo un gramo á cuatro gotas. La cara se enrojece y no tardan en observarse los fenómenos de la absorción del medicamento.

Después de la hipertensión arterial hay hipotensión; de aquí el edema, la albuminuria, etc. Todos los esfimomanó-

metros son defectuosos para dar trazados suficientes; se da uno mejor cuenta de la situación auscultando la base del corazón.

De esto resulta una indicación terapéutica importante: la de levantar la fuerza del pulso y del corazón que se han debilitado. La digital sería más bien perjudicial, pero son muy útiles las inyecciones de cafeina á altas dosis. A esto se debe añadir el régimen lácteo exclusivo, cuando los riñones están interesados ó existe albuminuria. (*Com. á la Soc. de Thérap. de Paris. Bull. générale de Thérap.*, 23 abril de 1889.)

AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS DE LA RESPIRACION

25.—Sobre la pseudo-fiebre de heno (rinitis hipertrófica crónica); sus síntomas y tratamiento.

Por Adolf Bronner, cirujano del Hospital para afecciones de los ojos y oidos, de Bradford.

Tanto se ha escrito y hablado últimamente sobre la fiebre de heno, que es difícil empresa resumirlo descartando lo absurdo. Paréceme que respecto á este punto, como respecto á muchos otros, el hecho de hablarse y discutirse tanto sobre él prueba que la mayoría no convienen en la exacta naturaleza y definición de la afección.

Muchos llaman fiebre de heno simplemente á cualquier afección crónica ó recurrente de la membrana mucosa nasal acompañada de gran destilación acuosa y violentos estornudos, siendo por lo tanto una enfermedad muy común. Sin embargo, si examinamos atentamente estos casos, veremos que podemos dividirlos en dos clases: primera, aquellos en los que la membrana mucosa nasal parece generalmente que está bien normal y sólo se inflama en ciertos períodos, cuando la inflamación va acompañada de estornudos violentos y destilación acuosa (fiebre de heno y rinitis vaso-motora); y segunda, aquellos casos en los que la membrana mucosa está siempre inflamada (rinitis hipertrófica crónica). Las afecciones de la primera clase son de naturaleza neurótica y se observan principalmente en sujetos débiles y nerviosos.

Los ataques violentos de estornudos y destilación acuosa son causados: primero, por el polen de ciertas plantas, pero no por otros irritantes (fiebre de heno), ó segundo, por un cambio repentino de temperatura ó por humedecerse los pies (rinitis vaso-motora ó neurótica). En la segunda clase (rinitis hipertrófica crónica) la afección es puramente local, y es causada por un engrosamiento crónico de la membrana mucosa nasal. Los ataques pueden ser provocados por cualquier irritación local, y por lo tanto por el polen de ciertas plantas, pero no como en la fiebre de heno, exclusivamente por éste, así como también por un cambio de temperatura y por humedecerse los pies. La fiebre de heno así descrita es una afección típica y bien definida, y es, en el Norte de Inglaterra al menos, muy rara.

Hay otra afección íntimamente unida á la fiebre de heno y que yo llamo rinitis nerviosa ó vaso-motora. Como la fiebre de heno, ataca principalmente á los sujetos neuróticos y especialmente á muchachas de las clases elevadas. Generalmente se presenta en otoño y primavera. Los ataques son parecidos á los de la fiebre de heno, y van acompañados de una destilación acuosa abundante y estornudos. Durante los ataques la membrana mucosa está muy inflamada, pero en los intervalos parece enteramente normal. Al revés de lo que acontece con la fiebre de heno, los ataques no son causados por ninguna irritación local, sino por los cambios repentinos de temperatura ó por tener los pies húmedos. Duran generalmente un tiempo definido (doce á veinticuatro horas), y suelen empezar por la noche para terminar á la mañana siguiente. El estornudo y la destilación son generalmente tan violentos que el enfermo no puede dormir, sintiéndose muy débil por la mañana. La cocaína y el mentol suelen proporcionar alivio durante algunas horas. En algunos casos la antifebrina ó el bromuro potásico hace abortar los ataques, probándose así el origen neurótico de la afección.

En esta clase de casos (fiebre de heno y rinitis neurótica) el tratamiento local sólo está indicado combinado con el general, y aun así en la mayoría de ellos sólo el cambio de clima proporciona una curación efectiva.

La afección generalmente llamada fiebre de heno, ob-

servada con mucha frecuencia, pero que no tiene nada que ver con la fiebre de heno arriba descrita, es una rinitis hipertrófica crónica. Es principalmente una afección local causada por un engrosamiento crónico de la membrana mucosa, de los cornetes, séptum ó suelo nasal. Esta afección tiene un color rojo oscuro en la mitad anterior y amarillento en la posterior, lo que hace que se la confunda fácilmente con un pólipo. A la presión con un estilete las partes parecen blandas, pudiéndoselas comprimir perfectamente. Después del uso de la cocaína ó el mentol la membrana mucosa se deprime parcialmente, volviendo casi á su tamaño normal. Esto es de gran importancia, pues podemos así reconocer perfectamente cuál es la membrana mucosa inflamada y cuál el tejido normal. Con el microscopio se ve que el engrosamiento ó hinchazón es producido por la hipertrofia del tercer haz ó cavernoso de la membrana mucosa, siendo por lo tanto en realidad un angioma cavernoso.

Hack, Fraeckel y otros han demostrado en estos últimos años cómo este engrosamiento de la membrana mucosa nasal puede originar toda clase de síntomas reflejos (asma, jaqueca, ataques epilépticos, etc.). No puedo, sin embargo, entrar ahora en este interesantísimo estudio, limitándome sólo al de los síntomas típicos de la rinitis hipertrófica crónica, algunos de los cuales se parecen mucho á los de la fiebre de heno, dando lugar á tanta confusión. En todos los casos hay antecedentes de obstrucción nasal, generalmente de un sólo lado y que se empeora por la noche. En muchos casos toda la nariz está inflamada, teniendo una coloración rosácea especial.

Con frecuencia hay inflamación y eczema del labio superior, causado y sostenido por la constante destilación nasal. Ciertos irritantes (polvo, tabaco, etc.), los cambios repentinos de temperatura ó la humedad de los pies, provocan ataques de estornudos violentos que duran de varios minutos á muchas horas, y que suelen ir acompañados por una abundante destilación acuosa, ó puede haber sólo destilación abundante sin estornudos.

[El doctor Bronner refiere 5 casos que omitimos aquí, y después explica su método de tratamiento por el galvanocauterio como sigue]:

Como estos síntomas son provocados por un engrosamiento crónico de la membrana mucosa nasal, dedúcese naturalmente que el tratamiento debe ser principalmente local.

Si consideramos que la inflamación es producida por la hipertrofia del tercer haz ó cavernoso de la membrana mucosa, adquiriendo á veces grandes dimensiones, podemos perfectamente concebir cómo medios suaves, como la ducha nasal y varias clases de sustancias recomendadas, no dan en la mayoría de los casos un resultado positivo y permanente. Yo uso invariablemente, en casos bien caracterizados, el galvano-cauterio, encontrando este método superior á cualquier otro. Antes de operar uso la pulverización con cocaína, introduciendo luego en la nariz una bola de algodón saturada con una solución de cocaína al 10 por 100, la que dejó durante unos diez minutos. Hecho esto la operación se practica sin ningún dolor, molestando sólo á los pacientes el desagradable olor á tejido quemado. Yo uso un alambre fino de platino con la punta ligeramente encorvada hacia la membrana mucosa. Si fuera posible debía usarse un alambre para cada enfermo, evitándose así la posibilidad de una infección. Yo he mandado construir algunos en los que la seda aisladora sólo llegue hasta su mitad, de modo que la parte superior que es introducida en la nariz puede, si se considera necesario, desinfectarse perfectamente. El alambre se pasa, ayudado del espejo frontal, á través de la abertura nasal hasta su extremo posterior, hecho lo cual se mueve, comprimiéndole suavemente sobre toda la membrana mucosa del cornete inferior, con lo que se corta, ó mejor se quema un surco profundo á lo largo de toda la membrana afectada. Se forma una cicatriz que impide cualquier inflamación subsiguiente de la membrana mucosa, especialmente si, como sucede en la mayoría de los casos, la cicatriz se adhiere al tejido óseo del cornete. Generalmente suele ser necesario operar dos veces en cada lado. En casos en los cuales el engrosamiento ó inflamación es muy grande ó el séptum tortuoso, introduzco una bola de algodón empapada en glicerina para evitar la sinequia consecutiva entre el cornete y el séptum.

La rinitis hipertrófica crónica es una afección muy

común, haciendo algunas veces desgraciada la vida del enfermo, hasta el punto de hacerle abandonar sus ocupaciones y levantar su casa para trasladarse á otro clima mejor. En muchos casos concluye por dar lugar á una degeneración poliposa de la membrana mucosa, acompañada de la pérdida del gusto y del olfato, ó se propaga la inflamación á los senos maxilar ó frontal, siendo por último una causa muy común del llamado catarro post-nasal. También suele provocar la inflamación del oído medio. En todos los casos de afecciones crónicas ó recurrentes del oído medio debemos, pues, examinar detenidamente la nariz y destruir cualquier obstrucción que pueda impedir el libre paso del aire á través de las trompas de Eustaquio ó cualquier fuente de alteraciones inflamatorias. (*Lancet*, julio 13 de 1889, pág. 66.)

26.—Sobre las anomalías del tipo febril en la pulmonía fibrinosa.

Por el doctor L. E. Bertrand.

Aunque el tipo subcontinuo sea el modo febril ordinario de la pulmonía fibrinosa, no es, sin embargo, el único que sigue esta enfermedad en su evolución, porque puede presentar también otros dos tipos, el intermitente y el remitente, sin que el paludismo sea su causa.

Tipo intermitente.— Se presenta una neumonía cuyo principio y marcha durante los dos ó tres primeros días no presentan nada de especial. Tiene lugar la defervescencia; con la disminución de la fiebre coincide una detención completa de los trastornos funcionales; se cree curado al enfermo. Pero la apirexia no dura. Apenas transcurridas doce ó veinticuatro horas sube bruscamente la temperatura, se presenta de nuevo la disnea, el dolor de costado y la expectoración sanguinolenta. Durante este tiempo los signos físicos que se presentan son los mismos ó se acentúan. De este modo reconstituída la enfermedad febril, prosigue su curso según el modo clásico y termina por el mecanismo de la defervescencia crítica en una apirexia, que es definitiva ó va seguida de un nuevo episodio semejante al que acaba de terminar.

Hace tres años publiqué dos casos de neumonías que

son claros ejemplos de esta forma clínica, que inscribí con el nombre de *pulmonías con ataques sucesivos*, teniendo en cuenta la vuelta de la fiebre, la exasperación de los trastornos funcionales, y creí como causa de estos fenómenos en una recrudescencia del proceso neumónico en las partes primitivamente afectas. Pero no clasifiqué estas pulmonías como pertenecientes al tipo ya descrito como *neumonías de focos sucesivos*, puesto que la auscultación no indicó ninguna nueva localización en el pulmón, tanto sano como enfermo, y al relatar la historia de estos casos tuve por mira el indicar las semejanzas de sus afecciones con la *fiebre palúdica neumónica* y hacer ver la significación que se las hubiera dado en un país donde existiera paludismo.

La primera descripción de esta variedad morbosa se debe á Jaccoud, quien la denominó *pulmonía de repetición*, atribuyéndola un carácter anormal consistente en que, en vez de ser continua su evolución, se verifica en dos ó tres etapas, separadas por notables intervalos de apirexia, sin que no obstante la duración total de la enfermedad exceda de la de una pulmonía regular por la precocidad de sus interrupciones y la rapidez de sus repeticiones Veamos lo que dice el distinguido clínico de París:

«El principio es el de la pulmonía franca; la invasión es más marcada que en la fluxión de pecho; los signos iniciales son los del primer período de la neumonía común. Van de esta manera progresando las cosas durante dos ó tres días, y del tercero al cuarto, rara vez del segundo al tercero, ó del cuarto al quinto, tiene lugar una defervescencia con toda la serie de fenómenos críticos: la apirexia dura veinticuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas; después vuelve la fiebre y se eleva rápidamente á las cifras del principio. Durante la apirexia, no solamente no permanece estacionaria, sino que progresa de tal modo que al terminar aquélla se observan signos de hepatización. Esta repetición es generalmente única, y va seguida en su época natural de una defervescencia definitiva; en un caso, sin embargo, en uno de nuestros enfermeros observado desde el primer día, esta primera repetición fué seguida después de veinticuatro horas de apirexia de una segunda exacerbación febril.

»Debo añadir, para prevenir toda equivocación, que la repetición no va en manera alguna asociada á una extensión ó cambio de lugar de la lesión; ésta sigue su curso en el mismo foco en que apareció primeramente y no sobrepasa sus límites.»

Después de esta descripción no cabe dudar que la pulmonía á repetición de Jaccoud, á la que yo llamé pulmonía con ataques sucesivos, es la misma enfermedad todavía observada pocas veces, y solamente tres por Jaccoud, dos por el doctor Pageault y tres por mí: total, nueve casos.

Nada de cierto se sabe acerca de las condiciones etiológicas de esta pulmonía. Si se tienen en cuenta algunos de los casos, podría creerse que es propia de los individuos cuyo organismo está debilitado; pero examinando otros individuos robustos, solamente con reservas puede sentarse esta explicación como razón patogénica de la afección que nos ocupa. Lo cierto es que nada tiene que ver el paludismo con la producción de esta forma de enfermedad; á pesar de no haberse dado el sulfato de quinina más que en un solo caso y á débiles dosis, todos los demás curaron sin él.

Su pronóstico es el de la pulmonía común.

Pero existiendo identidad casi completa entre la neumonía á repetición y la fiebre malárica neumónica hasta en los trazados, es necesario ver por qué signos se pueden distinguir entre sí.

Se podría creer, y se ha emitido esta opinión, que en el momento de las defervescencias los signos físicos se alivian ó hasta recobran su normalidad en la neumonía palúdica, en tanto que permanecen estacionarios ó progresan en la neumonía á repetición. Pero esta resolución temporal no es constante en la fiebre acompañada que nos ocupa en este instante, y si es verdad que tiene lugar cuando las lesiones pulmonares se detienen en la congestión, falta si pasado este estadio se presenta la hepatización, y en este sentido se expresan Grisolle y Jaccoud.

Tampoco puede valer para distinguirlas el que la expectoración coloreada, la disnea y la tos cesen en la fiebre acompañada malárica y persistan en la pulmonía á repetición, porque tanto en los casos de Jaccoud como en los míos, cuando descendió la fiebre, se observó una detención

de los síntomas indicados, que se presentaron de nuevo al volver á ascender la temperatura. Son asimismo ilusorios otros dos signos diagnósticos, la tumefacción del bazo, característica según Griesinger del impaludismo con determinación pulmonar, y el herpes labialis, que sería propio de la pulmonía de causa común; pero la primera puede encontrarse, dice Jaccoud, en las pulmonías vulgares extrañas á la malaria, y no se observa á veces en la neumonía palúdica y el herpes labialis; según dicho autor, se presenta en la neumonía palúdica alguna vez. De mucho mayor valor sería la falta del escalofrío en el ataque y de los sudores en el momento de la remisión en la pulmonía no palúdica y su constancia en la malárica, si el propio Jaccoud no hubiera observado estos fenómenos en el primero de los enfermos que vió con pulmonía á repetición.

Paroxística ó no la marcha de la enfermedad, la noción de la malaria endémica en el país en que se observa, y la del paludismo anterior del sujeto, dominan la situación clínica y dictan la conducta que se ha de seguir; es decir, que el diagnóstico diferencial entre la neumonía malárica y la pulmonía á repeticiones debe hacerse fundándose en el terreno etiológico y no en el sintomático, y en caso de duda nada se arriesga con emplear la medicación quínica, que acaso pueda ser necesaria y de no usarse expondría á contratiempos.

Terminaré diciendo con Pageault que la neumonía intermitente no palúdica, ó más bien la pulmonía de tipo intermitente observada en un individuo no palúdico y en un país donde no exista la malaria, puede curar y cura sin sulfato de quinina; pero en el caso contrario, país palúdico y sujeto malárico, se instituirá sin pérdida de tiempo la medicación quínica. Además esta medicación no impide, exista ó no duda, el recurrir al tratamiento habitual de la pulmonía: ventosas, infusión de ipecacuana, alcohol, etc.

Tipo remitente.—Es una especie de término medio y lazo de unión entre el tipo clásico subcontinuo de la pulmonía común y el intermitente de que nos hemos ocupado. Se trata más bien en este caso de una marcha paroxística, provocando cada exacerbación febril una recrudescencia de los trastornos funcionales; pero las caídas termométricas que separan los accesos nunca llegan al estado normal.

Esta neumonía, que desde luego merece el título de remitente, tiene la misma significación nosológica que la variedad precedente y nada tiene que ver como ella con el impaludismo. Sus relaciones con la fiebre *remitente* neumónica *malárica* son las de la pulmonía á repetición con la fiebre palúdica intermitente neumónica, presentándose los mismos problemas diagnósticos que se resuelven de igual manera.

Que la marcha de las pulmonías que hemos estudiado sea remitente ó intermitente, es cuestión accesoria; son neumonías anormales, y su gráfica se trunca sin intervención de la influencia malárica: este es el carácter esencial. La importancia de esta noción es grande para la *práctica* á causa de los errores de pronóstico que permite evitar, así como bajo el punto doctrinal, porque estas singularidades del tipo febril son con el descubrimiento de una etiología micróbica el más serio argumento que se puede hacer valer en favor de la opinión que ve en la neumonía fibrinosa *una fiebre con localización pulmonar*, contra la teoría organicista que cree esta enfermedad *una inflamación del pulmón con fiebre sintomática*. En este trabajo se relatan las observaciones á que en él se refiere el autor. (*Revue de Medecine*, julio de 1889.)

27.—Sobre el espasmo glótico de origen nasal.

Por el doctor A. Ruault.

El espasmo de la glotis, esencial ó idiopático, del adulto es una afección rara. Frecuentemente los accesos disneicos, debidos á la contractura de los músculos adductores de las cuerdas bucales, se presentan á consecuencia de lesiones de la laringe (edemas, infiltraciones, tumores, cuerpos extraños), ó consecutivamente á irritaciones de los nervios recurrentes (adenopatías tráqueo-bronquiales, aneurismas). Las enfermedades del sistema nervioso central (tabes), ó las grandes neurosis (epilepsia, histerismo) cuentan también el espasmo de la glotis entre sus manifestaciones sintomáticas, y entonces el fenómeno puede tener un origen reflejo que importa precisar.

Hack fué el primero que sostuvo que el espasmo glótico respiratorio podía ser causado por una irritación de la mu-

cosa nasal ó naso-faríngea, y después Heryng, Hoffmann y Predzborski han publicado algunas observaciones en apoyo de esta opinión.

Ruault defiende á su vez estas ideas teniendo en cuenta 7 casos de espasmo glótico unido á una afección nasal, 5 de los cuales curaron con un tratamiento intranasal. Estos casos son muy concluyentes, y demuestran perentoriamente que la disnea laringo-espástica debe ocupar el primer lugar entre las diferentes neuropatías de orden nasal.

La afección de la nariz, que da lugar al espasmo, puede ser primitiva ó secundaria. Generalmente se trata de una rinitis hipertrófica, que es á veces consecutiva á ataques de coriza agudo ó se presenta crónica desde un principio, pero que en la mayoría de los casos se manifiesta de una manera secundaria. La rinitis puede, en efecto, ser secundaria á lesiones intranasales, tales como los pólipos mucosos, las desviaciones y prominencias del tabique; á afecciones de vecindad, como el catarro naso-faríngeo, siendo, por último, á menudo el resultado de ataques congestivos reflejos, cuyo punto de partida está situado en órganos distantes. En muchos casos este punto de partida tiene su asiento, ya en el tubo digestivo, ya en los órganos genitales.

El autor ha observado trastornos gástricos en varios de sus enfermos. El alcoholismo, que bien por sí mismo, bien á causa de los trastornos digestivos que determina, es también causa muy frecuente de la rinitis hipertrófica, ha sido observado en un caso. Las irritaciones genitales se hicieron constar en varios sujetos: la enferma de Predzborski acababa de ser violada cuando empezó su enfermedad; dos clientes de Ruault acababan de casarse; una enferma de Heryng se entregaba al onanismo y tenía metritis. No está demás repetir, pues, que estos casos en los que la afección nasal es á su vez consecuencia de perturbaciones morbosas preexistentes, son por lo menos tan frecuentes como aquellos en los que es primitiva.

El profesor Ruault investiga después cuáles son las personas predispuestas á la afección de que se ocupa, y el examen de sus observaciones le hace ver que el histerismo presenta un terreno favorable para el desarrollo del espas-

mo glótico de procedencia nasal. No solamente los histéricos parecen ser más frecuentemente atacados que los demás individuos de disnea laringo-espástica, que toma su origen en las afecciones de la nariz, sino que la enfermedad parece ser más grave en ellos. En efecto, tres de los sujetos observados que tuvieron que sufrir la traqueotomia eran histéricos. Es de notar este hecho porque está justamente en contradicción con lo que se sabe de la benignidad ordinaria de los accidentes del histerismo.

Respecto á las causas determinantes de los accesos espasmódicos, son muy variables, no solamente en las distintas personas, sino también en el mismo individuo. Se puede á veces incriminar á ciertos olores ó á las agitaciones atmosféricas; en otras ocasiones es posible encontrar las condiciones que de ordinario producen la repleción del tejido eréctil intranasal: sueño, relaciones sexuales, congestión cefálica más marcada después de comer. En ciertos individuos la crisis se produce más bien durante el día que por la noche; en otros sobreviene francamente en el día; por último, algunos sujetos la tienen indistintamente despiertos ó dormidos. El intervalo que separa los accesos es generalmente de corta duración; en los enfermos del autor rara vez pasaban diez ó doce días sin que tuvieran crisis; ciertos individuos tenían accesos varias veces á la semana y otros hasta varias veces al día.

En ciertos casos el espasmo de la glotis se complica con un espasmo bronquial, y entonces la auscultación revela una gran debilitación del murmullo vesicular, sobre todo en el vértice derecho. Estos síntomas estetoscópicos son susceptibles de desaparecer bajo la influencia de un barnizamiento de la mucosa nasal con una solución fuerte de clorhidrato de cocaína.

Por último, Ruault termina su excelente trabajo con consideraciones prácticas sobre el diagnóstico delas neuropatías nasalas reflejas, y sobre los métodos rino-quirúrgicos á los que se debe recurrir como tratamiento del espasmo glótico de origen nasal. (*Archiv de Laryngologie. Bull. général de Thérap., etc.*, 15 abril de 1889.)

28.—Sobre el tratamiento del crup espasmódico por el opio.

Por Arthur V. Meigs, médico del Hospital de Pensilvania.

Bajo la denominación de crup espasmódico quiero designar todas las formas de esta afección, caracterizadas por la ausencia de falsa membrana, ya sea simplemente espasmódico, inflamatorio ó catarral, siendo mi idea ocuparme exclusivamente de lo que creo constituye el tratamiento más apropiado. Aunque esta afección sólo rara vez pone en peligro la vida, es, sin embargo, tan común y produce tantas molestias que merece toda nuestra atención y consideración, pudiéndose en muchos casos evitarse ó curarse con un tratamiento apropiado. El método de tratamiento que siempre he seguido lo fué durante muchos años por el difunto doctor J. Forsyth Meigs.

Ante todo hay que sentar que en todos los casos graves el tratamiento debe empezar por la administración de un emético, y con este objeto, si se desea obtener un pronto resultado, nada mejor que una cucharadita de alumbre en polvo mezclada con otra de jarabe de ipecacuana. Si no se obtiene el efecto á los diez ó quince minutos, se repite la dosis. Esta es mucho mejor que cualquiera otro emético (ipecacuana solo, sulfato de zinc ó cualquiera de las preparaciones antimoniales). El alumbre y la ipecacuana obran rápidamente, consistiendo su principal efecto en relajar el espasmo laríngeo; y contra lo que generalmente se dice de su uso combinado, producemu y poca extenuación física.

Si no hay disnea los eméticos creo son completamente innecesarios, así como cuando sólo hay un ligero ruido respiratorio sin gran dificultad á la entrada del aire en los pulmones. Sólo cuando hay verdadera dificultad respiratoria y retracción de la base del pecho y fosa supra-esternal debe en seguida administrarse el emético. Si los síntomas no son tan urgentes para hacer necesaria la administración de un emético, ordeno una dosis de láudano é ipecacuana, y al mismo tiempo dejo recetada otra por si la primera no produce un gran efecto calmante en el trascurso de una hora. Con el uso racional del opio y la ipecacuana, si el caso no es tan grave que exija la inmediata y más violenta acción de un emético, puede, según mi experiencia, combatirse mejor que con ningún otro medio el

espasmo del crup. Lo que hay que procurar en el crup es dar una cantidad de láudano que produzca un moderado pero marcado efecto narcótico sin narcotizar, al mismo tiempo que con la ipecacuana se relaja el espasmo sin producir náuseas, y sobre todo sin dar lugar á vómitos. En un niño al que nunca se haya administrado el láudano, debe empezarse por dar una dosis pequeña. Para un niño de dos años la dosis inicial de láudano no debe ser mayor de 2 gotas en 10 de jarabe de ipecacuana, pudiendo repetirse á la hora ó más tarde si se considera necesario. Para un niño de dos á seis meses la primera dosis debe ser de media gota de láudano en 5 ó 6 de jarabe de ipecacuana, pudiendo repetirse á la hora si no produce efecto. En niños mayores la dosis será proporcionalmente mayor, siendo difícil formular una regla, pues depende de las condiciones individuales. Suele ser un buen plan, cuando el caso es grave y se cree necesario un emético, esperar media hora después que haya obrado y dar entonces una ó dos dosis de láudano sin ipecacuana para promover el sueño y reducir el espasmo. Esto suele á menudo evitar la repetición del ataque por la mañana, lo cual es muy posible que suceda si se da solo el emético.

En previsión de que pueda reproducirse el ataque, se suele hacer quedar en la cama al niño todo el siguiente día, dándole cada dos horas pequeñas dosis de láudano é ipecacuana, á las que se añade nitro si hay fiebre. Las dosis deben ser tan pequeñas que sólo produzcan ligerísimo efecto, no alterando el apetito y mucho menos provocando náuseas. Este resultado suele obtenerse casi siempre en niños de dos á cinco años con el uso de 5 á 10 gotas del anodino en 5 de jarabe de ipecacuana. Las dosis de 10 gotas de ipecacuana suelen producir náuseas, lo cual es peor que la misma afección, porque nada es tan depresivo para la vitalidad general y el natural poder de resistencia á la enfermedad que la náusea continuada. Haciendo quedar en cama al niño durante el día, según hemos ya recomendado, vuelve á darse la segunda noche el láudano y la ipecacuana, repitiendo si fuese necesario una segunda dosis. Durante el segundo día también debe permanecer en cama el niño, tomando cada dos horas las pequeñas dosis de láudano é ipecacuana, hasta la noche que

se administrará una grande. Después de la tercer noche, á menos que el caso sea muy grave, desaparecerá la tos. En mi práctica, sólo en casos muy graves he tenido necesidad de administrar un emético después de la primer noche, mientras que estoy seguro que no aplicando este tratamiento los síntomas espasmódicos hubieran sido más violentos que la primera la segunda y tercer noche.

El tratamiento, después que han desaparecido los síntomas espasmódicos, será el mismo que para el coriza, la bronquitis ó ambas afecciones, según que el proceso inflamatorio tenga su origen en la parte superior ó inferior de la laringe, ó en ambas, pues es sabido que un ataque de crup espasmódico va casi siempre seguido ó con más propiedad es el primer síntoma de un catarro. (*Medical News*, marzo 23 de 1889, pág. 311.)

29.—Del ácido láctico en el tratamiento de las afecciones nasales.

Por el doctor Astier.

Empieza el autor por reconocer que no ha tenido motivo para elogiar el empleo del ácido láctico en el tratamiento de la tisis laríngea. Los ensayos no se prolongaron mucho tiempo á causa de que los enfermos se sometían muy difícilmente á este tratamiento sumamente doloroso y eran acometidos de accidentes serios, tales como accesos de sofocación, á veces alarmantes, y producción de edema pronunciado de los repliegues ariteno-epiglóticos, por cuyas razones hubo el autor de renunciar al uso del ácido láctico en la tuberculosis laríngea.

Este agente le ha dado por el contrario excelentes resultados en la terapéutica de las afecciones nasales, empleándole de una manera habitual en el tratamiento de la hipertrofia de la mucosa. En la extremidad de un vástago terminado en un paso de tornillo arrolla un tapón apretado de algodón hidrófilo; este tapón debe ser lo suficientemente fuerte y grueso para entrar en la fosa nasal con cierta resistencia. Después de haberle empapado bien en la solución se le introduce en la cavidad nasal de delante atrás, verificando un movimiento de vaivén, á fin de ejecutar fricciones vigorosas en toda la longitud del cornete. La susceptibilidad de los enfermos es variable. Astier emplea

generalmente una solución de 10 gramos de ácido láctico por 15 gramos de agua, aumentando ó disminuyendo en ligeras proporciones la fuerza de esta solución según la reacción que produce. Si esta reacción es viva, si las fricciones determinan cierto grado de inflamación, lo que no es raro, el enfermo sólo debe repetirla cada tres días; si la inflamación producida es insignificante, las repite todos los días. En la hipertrofia blanda el ácido láctico obra de una manera completa en las cinco sextas partes de los casos, pero con una rapidez variable. El tratamiento puede durar de dos á seis semanas; en cuatro muchachos bastaron solamente dos semanas de cauterizaciones hechas todos los días para que volvieran los cornetes á su estado normal. En la mayoría de los casos los enfermos deben ser tratados durante tres á cinco semanas. Pasado el término de seis semanas no se debe ya contar con la acción del ácido láctico, y es necesario entonces recurrir al galvano-cauterio, pero estos fracasos no se producen más que en la sexta parte de casos. Este método debe ser preferido al uso del galvano-cauterio porque es menos doloroso, porque es más fácilmente aceptado por los enfermos y porque no da lugar á las violentas hemorragias producidas en ocasiones por el asa galvánica.

El ácido láctico puede ser asimismo utilizado como modificador de las superficies cuando hay supuración y formación de costras en las fosas nasales. En 7 personas afectadas de coriza verdadero, es decir, de ozena por atrofia, observó el autor un notable alivio bajo la influencia de los embadurnamientos con una solución al sexto; las costras se forman con menos rapidez y en menor cantidad y el mal olor disminuye sensiblemente.

En las rinitis crónicas con producción de moco-pus, en las que á veces persisten durante tan largo tiempo después de la extirpación de los pólipos, Astier recomienda también el ácido láctico en aplicaciones locales sobre las partes que supuran.

Pero, en suma, la superioridad del método está en el tratamiento de la rinitis hipertrófica, y en un año el autor ha curado por completo más de 25 enfermos sin servirse del galvano-cauterio. (*Rev. Gen. de Clin. et Thérap.*, 1889. *Bull. general de Thérap.*, 15 abril de 1889.)

30.—Sobre la profilaxia de la tuberculosis.

Por los doctores Dujardin-Beaumetz, Daremberg y G. See.

Al abrirse la sesión del día 6 de agosto, celebrada por la Academia de Medicina de París, el doctor Dujardin-Beaumetz pidió se modificara el texto de las instrucciones propuestas por Villemin sobre la profilaxia de la tuberculosis. Como no cree que la tuberculosis produzca más víctimas en la ciudad que en el campo, estima que no debe haber diferencia bajo este punto de vista. Respecto á la transmisión de esta afección por la leche y por las carnes, no acepta la prohibición de la leche cruda y de la carne cruda ó poco cocida. No se opone á que se recomiende dar hervida la leche á los niños, por más que este líquido pierda así algo de sus propiedades digestivas; pero hace observar que la leche de vacas contiene excepcionalmente microbios tuberculosos, porque es necesario que, no sólo sea tuberculosa la vaca, sino que además tenga una mamitis tuberculosa. El número de vacas enfermas en las vaquerías de París es muy exiguo; en 1888 había 10 ó 12, y no existía ni una mamitis tuberculosa. Encuentra exagerados los artículos 3.° y 5.°, al ordenar la supresión de la alimentación de la mayoría de las carnes medio crudas y aun crudas que tan á menudo se emplean en las familias y hasta en terapéutica. Nada demuestra en el hombre la transmisión de la tuberculosis por las carnes de carnicería; hasta experimentalmente los resultados son muy contradictorios; se sabe además, por otra parte, que el jugo gástrico es un destructor activo del bacilo tuberculoso. De manera que dista de estar demostrado el contagio por la alimentación, y por lo tanto se deben suprimir los párrafos que puedan aludir á él en las instrucciones.

Siendo producida la tuberculosis por el desarrollo en los órganos de un microbio, cuya introducción deriva de la ingestión de productos tuberculosos procedentes de animales enfermos ó por la respiración de polvos, esputos de seres humanos tísicos, es decir, afectados de tuberculosis pulmonar, conviene, según Mr. Daremberg, tomar las medidas profilácticas siguientes:

De todos los alimentos que contienen el microbio de la

tuberculosis el más peligroso es la leche, sobre todo cuando se da á los niños; como el calor de la ebullición mata los microbios, será preciso y será fácil preservarse de esta manera del contagio haciendo hervir la leche. Será necesario siempre cortar en trozos delgados y exponerlos á la temperatura de la ebullición los órganos comestibles susceptibles de ser invadidos por el microbio tuberculoso (hígado, pulmones, cerebro, bazo, riñones é intestino). Respecto á la carne, deberá igualmente llevarse á la temperatura de la ebullición cuando no esté compuesta exclusivamente de músculo rojo, debiendo consumirse la carne cruda ó servirse de ella para la preparación de los jugos de carne; habría, pues, que separar con cuidado todos los tejidos no musculares que la rodeen.

Importa no utilizar jamás los mismos vasos, cubiertos, biberones y hasta los objetos de limpieza de la boca de un tuberculoso, á menos que no hayan sido sometidos á la temperatura de la ebullición.

Los esputos de los tuberculosos afectos de tisis pulmonar contienen á menudo una cantidad prodigiosa de microbios tuberculosos, que pueden convertirse en agentes de contagio si se mezclan con los polvos del aire que respiramos. Para hacerlos inofensivos es necesario impedir su desecación. El tísico no deberá nunca escupir en el suelo de las calles, de los sitios públicos y privados, en las ropas y colgaduras, etc. En su casa deberá arrojar los esputos en un vaso que contenga agua; fuera de ella es necesario que los deposite dentro de una vasija llena de agua. Para su limpieza, vasijas y esputos se introducirán por completo en un baño-maría que hervirá antes de sacarlos. La cohabitación con un tuberculoso es peligrosa si no se toman las precauciones siguientes: evitar con el uso de las escupideras el peligro de la exhalación de los polvos de esputos desecados, evitar la contaminación por el uso común de los utensilios de alimentación y de aseo, evitar todas las causas de contagio debidas al transporte de los microbios tuberculosos de una boca á otra. En las estaciones de invierno y de verano frecuentadas por los tuberculosos es de sumo interés para los dueños de hoteles y casas de huéspedes poner en cada habitación, vestíbulo ó escalera una ó varias escupideras y tener en cada casa uno ó varios re-

cipientes, en los que hará hervir todos los días las escupideras con su contenido antes de vaciarlas.

El profesor Germán See estima que las instrucciones sobre la profilaxia de la tuberculosis contienen proposiciones caprichosas, que están en completa oposición con los hechos de observación y sobre todo de experimentación. La primera es la definición misma de la tuberculosis: se afirma la contagiosidad de la tisis por el aire, atmosférico. Pero el bacilo no puede vivir en el aire y no se desarrolla nunca ni jamás se multiplica más que en el organismo vivo del hombre ó del animal; fuera de este organismo muere rápidamente, porque para vivir le es necesaria una temperatura de 30 grados lo menos y un tiempo muy largo. Desde el momento en que el bacilo no puede vivir en la atmósfera, en la que no se presenta sino accidental y excepcionalmente, no hay que temer el contagio atmosférico, lo que es una gran fortuna para la humanidad. Esta sola palabra de contagio habría bastado para desorganizar las familias en que se encuentren todavía uno ó dos tuberculosos: el desgraciado enfermo es aislado y abandonado durante meses y años. He aquí la consecuencia desastrosa de una palabra que, por lo demás, es completamente falsa. Se ha probado, en efecto, experimentalmente, por el examen del aire, que tomado á 2 ó 3 metros del enfermo no contiene bacilos; el aire espirado por el enfermo es inofensivo, los esputos no lo son. Sería además preciso que los esputos estuvieran desecados, pulverizados y mezclados bajo la forma de polvo ó amalgamas, con los polvos que volitean sin cesar en las alcobas de los enfermos ó en las salas del hospital. No se debe, pues, temer penetrar en el cuarto del enfermo y prodigarle cuidados; pero es necesario tener la precaución de recomendar se arroje la expectoración en un trapo ó en una escupidera, cuyos productos han de sufrir una cremación inmediata.

Las instrucciones recomiendan por otra parte precauciones respecto á los individuos sujetos á constipados, bronquitis ó pulmonías, ó que padezcan sarampión ó viruela, ó también los que por herencia estén expuestos á la tuberculosis. ¿Qué son, pues, estos bronquíticos, catarrosos y asmáticos? Lejos de estar sometidos á la tuberculosis, parecen ser los más exentos de ella. Los sujetos que tienen

un constipado descuidado no se hacen tuberculosos, lo son ya. En cuanto á los por herencia, en vez de imponerles precauciones exageradas, sométaseles á la gimnasia y á la hidroterapia; este será el mejor medio de agrandar sus pulmones y fortificarlos, lo que constituye el procedimiento más eficaz para resistir á los bacilos.

La tercera conclusión se refiere á la leche; ciertamente que la leche es á menudo bacilar, pero con la condición de que la vaca, no sólo sea tuberculosa, sino que la teta del animal esté profundamente interesada; de otra manera, la leche no es temible y puede tomarse sin peligro.

La cuarta conclusión es relativa á la carne y á la sangre. Pero la sangre jamás es virulenta, y la carne, lejos de contener el bacilo, le destruye por el jugo muscular que contiene. No es, pues, admisible para conseguir un fin tan hipotético hacer cocer las carnes hasta hacerlas papilla, suprimir las carnes asadas, prohibir la carne cruda; de hacer lo que ordena la Comisión nos privaríamos de todos los mejores productos alimenticios, de los principios miósicos de la carne, de la carne del ganado cuadrúpedo, de la gallina misma, del cerdo con más razón, á menos de someterlos á una cocción, á un asado, que no dejaría de destruir su superficie sin exonerar el centro.

En resumen, el primer deber del médico, en presencia de un tuberculoso, será callarse; después vigilar la limpieza, y, por último, prescribir una cocina que esté en relación con los conocimientos de la más sana fisiología. (*Gaz. Hebdomadaire*, 9 agosto de 1889.)

31.—Sobre la pulmonía infecciosa.

Por el doctor S. Hergueta, del hospital general de Madrid.

Entre los varios enfermos que ingresaron este año en la sala á mi cargo del hospital, con inflamaciones agudas ó crónicas del parenquima pulmonar, observamos un caso de *pneumonía infecciosa* que siguió un curso idéntico á los 7 ú 8 que hemos tratado en nuestra práctica particular. Como hasta hace año y medio no habíamos visto esta forma, cuyo curso y terminación difieren esencialmente de la ordinaria, nos vamos á permitir decir cuatro palabras sobre la misma.

Aun cuando Fürgensen primero, y después Klebs, Friedlander, Frankel y Germán See consideran á la pulmonía como una enfermedad específica infecciosa, debida á la acción patógena de un microbio particular, el pneumococo que se desarrolla en el parenquima pulmonar bajo la influencia de ciertas alteraciones circulatorias ó nutritivas de origen variable, limitadas primero en el pulmón, para desde dicho órgano infectar todo el organismo, clínicamente tratado el asunto, es susceptible dicha teoría de grandes objeciones desde el momento que se la considere de la manera exclusiva que sus autores la emiten para explicar la naturaleza de cuantas pulmonías se presenten á la observación.

Y téngase presente que la presencia del pneumococo lo considero como signo propio de la inflamación del pulmón; pero de esto á creer que dicho agente es el productor de toda la enfermedad, hay una inmensa distancia. No he de meterme en la discusión de si se presenta de una manera primitiva ó si es consecutivo á la afección; pero sí diré que, como corolario de los estudios bacteriológicos, se ha comparado el miasma ó germen pneumónico con el palúdico, y considerado, por lo tanto, á la enfermedad como de naturaleza específica y contagiosa.

¿Esta concepción, deducida exclusivamente de la comprobación del pneumococo en todo pulmón hepatizado, y su inoculación á los animales, la podemos admitir en clínica?

De ninguna manera, puesto que los hechos que los autores citan para demostrar el contagio de la pneumonía dejan mucho que desear desde este punto de vista y se prestan á multitud de objeciones que no es ésta ocasión de enumerar.

La observación nos demuestra que las bronco-pneumonías catarrales difieren esencialmente de las parenquimatosas, no sólo en su sindrome, si que también en su pronóstico y tratamiento; que las pulmonías intersticiales y las infecciosas no se parecen en nada una á otra, y se distinguen perfectamente de las anteriores, y ¿quién sabe si las radicales diferencias que separan á una de otra no son más que la expresión de indistinta naturaleza, aunque en todas se compruebe la existencia del pneumococo?

Concibo perfectamente que la *forma clínica infecciosa*

pueda ser contagiosa, y hasta que se presente epidémicamente en una localidad determinada, como ocurre con ciertas clases de erisipelas; pero lo que no comprendo, lo que todavía no he observado, es que la pulmonía ordinaria, la que observamos todos los días, sea susceptible de transmitirse de un individuo á otro por medio del contagio, á pesar de las brillantes páginas escritas por G. See para demostrar lo contrario. Y la prueba experimental de lo que decimos es que la pneumonía infecciosa se aproxima mucho más á las enfermedades virulentas, malignas ó infecciosas que á las inflamaciones del pulmón ordinarias; tiene en el fondo más de pirexia que de flogosis.

Todos los enfermos que yo he visto han sido invadidos con prodromos, consistentes en malestar indefinido, cansancio enorme, tristeza, abatimiento, dejadez muscular muy pronunciada y algo de fiebre, de carácter accesional, con síntomas congestivos bastante acentuados, sobre todo cerebrales; fenómenos todos muy parecidos á los que preceden á los tifus. No tarda (de uno á tres días) en estallar la enfermedad, con escalofríos tan frecuentes, que suelen durar de seis á ocho horas, como corresponde á las intensas infecciones, seguidos de una temperatura tan elevada que llega en ocasiones de 41 $^1/_2$ á 42°, con sudores profusos, malestar general, intenso delirio, opresión grandísima, expectoración sanguinolenta y escasa arrojada por accesos de tos muy frecuentes, dolor intenso en uno de los dos costados ó en los dos á la par y congestión violenta, y en muchos puntos inflamación, comprobada por la percusión y auscultación. El aparato digestivo expresa sus alteraciones por una sed inextinguible, gran sequedad de la lengua, que aparece encendida en los bordes y punta y con una capa oscura en el centro; tensión y dolor en el epigastrio, vómitos frecuentes de materiales biliosos y orina muy escasa, encendida y en ocasiones exhalando cierto olor de descomposición. Por último, el pulso, desde el primer momento, se observa muy frecuente, tenso y desenvuelto, siendo en el fondo muy *depresible*, carácter importantísimo, propio exclusivamente de las enfermedades malignas.

El curso de la enfermedad es de los más continuos continentes que hemos observado, puesto que las remisiones, tanto del estado general y local como de la temperatura y

pulso, son tan insensibles que constantemente se nota un calor que casi siempre pasa de los 40°. Hay un síntoma gravísimo que desde el primer momento llama la atención: me refiero al *insomnio*, provocado quizá, no sólo por la fiebre exagerada, si que también y principalmente por el exceso de ácido carbónico que hay en la sangre. La terminación de la enfermedad en la mayoría de los casos es por la muerte, y ésta se efectúa del día séptimo al noveno á pesar de los tratamientos mejor dirigidos.

Dos elementos, ambos importantísimos, hay que tener presente en la terapéutica de esta pneumonía, que á ejemplo de los alemanes debe llamarse *pneumotifus:* el alarmante estado general por un lado, y la asfixia y demás complicaciones que sobrevienen por la extensión de la afección pulmonar. Ambas indicaciones muchas veces se contradicen, pues si la intensa congestión pulmonar parece que reclama para disminuirla el uso de la sangría, en cambio el fondo de la enfermedad es tan maligno, afecta de tal manera á las fuerzas del enfermo, que con mucha frecuencia se presenta el aterrador cuadro de la ataxia, y más que antiflogísticos, parece que reclama el organismo tónicos que, cual el alcohol y quina, entonen el pulso y se opongan en cuanto sea posible á las pérdidas que sobrevienen por el exceso de combustiones orgánicas. Y en estas circunstancias el profesor se encuentra entre Scila y Caribdis, y claro es que la indicación que llenará será aquella más urgente, la que, por decirlo así, compromete más rápidamente la vida del enfermo, que en este caso se convertirá en indicación vital; pero, en general, del tratamiento tónico es del que más se puede esperar.

Hay á la par otro factor, que aunque siendo sintomático desempeña un papel tan importante en esta clase de pulmonías que desde el principio llama ya la atención: me refiero al aumento tan grande de la temperatura, que sólo con la que se observa en la escarlatina puede compararse; pero con la circunstancia de que apenas se disminuye algunas décimas, á pesar de emplear los agentes más variados incluídos en la medicación antitérmica.

Hemos usado el sulfato de quinina á grandes dosis sin conseguir disminnir nada el calor; con el mismo objeto hemos aconsejado la antipirina, y si bien rebajaba un gra-

do la temperatura, no tardaba en elevarse desde el momento que terminaba su acción fisiológica, ó sea á las dos horas, produciendo en cambio sudores profundísimos, náuseas y vómitos, y en algunos casos una especie de angustia muy próxima al síncope, que nos ha hecho ser muy cautos en su empleo; y finalmente, hemos dispuesto con el mismo objeto baños generales á 30°, y es con lo único que observamos cierta mejoría que se prolongaba algunas horas, con descenso de la temperatura de 1 á 2 grados, pero para ascender la columna mercúrica en seguida á los 41°.

Por las ligeras consideraciones que acabamos de hacer se comprende perfectamente que la pneumonía infecciosa, á semejanza de lo que ocurre en los tifus y fiebres eruptivas, debe reconocer por causa un germen especial, aun no estudiado ni clasificado, que nos dé cuenta, no sólo de su contagiosidad en lugares á propósito para ello, como cárceles, cuarteles, hospitales, casas con malas condiciones higiénicas, etc., etc., sino, aunque muchas veces se presente epidémicamente en ciudades, pueblos á barrios, y hasta endémicamente, como sucede en Madrid hace unos años, sin saber positivamente á qué atribuirla.

En una enfermedad como ésta, cuya mortalidad alcanza la respetable cifra del 80 al 90 por 100 de los invadidos, es indispensable estudiarla profundamente hasta en sus menores detalles, para ver si conseguimos, no sólo conocer su patogenia, si que también, y es lo más importante, los medios para salvar el mayor número que sea posible de enfermos, objeto primordial de nuestra humanitaria profesión. (*Revista Clínica de los Hospitales*, junio de 1889.)

32.—De las inyecciones intrapulmonares de naftol alcanforado en la tuberculosis pulmonar.

Por el doctor Fernet.

En un trabajo sobre este asunto recuerda el autor á la Sociedad de Terapéutica de París los felices resultados que ya ha comunicado á aquélla obtenidos por medio del naftol alcanforado en el tratamiento de las tuberculosis locales, y particularmente en las ulceraciones tuberculosas de la lengua. Animado por estos primeros éxitos ha bus-

cado nuevas aplicaciones de este método, y con las inyecciones intraparenquimatosas de naftol alcanforado ha modificado rápida y favorablemente infartos ganglionares escrófulo-tuberculosos, interviniendo antes de que estuvieran reblandecidos. La observación de estos hechos le sugirió la idea de aplicar este tratamiento local á la tuberculosis pulmonar.

En efecto, permaneciendo las diseminaciones tuberculoeas en el pulmón, en la mayoría de los casos, localizadas durante un tiempo más ó menos largo en un punto limitado del órgano, le pareció lógico intentar una acción sobre el primer foco de la enfermedad sin descuidar no obstante las indicaciones referentes al estado general de los enfermos, ni olvidar los buenos resultados del empleo de los antisépticos, como medicación general ó como medicación local, introducidos por las vías respiratorias.

Muchos autores tuvieron en tiempos anteriores las mismas preocupaciones, como lo prueban las tentativas hechas por Kocher, Mosler (desagüe de las cavernas tuberculosas), Popper, Robinson, Truc, Lepine, Gouguenheim y Schmidt (inyecciones intraparenquimatosas de soluciones iodo-ioduradas de creosota ó de sublimado). Pero estas experiencias tenían sobre todo por objeto actuar sobre la supuración que sobreviene en el interior de las cavernas pulmonares. Mr. Fernet pensó que el naftol obraría favorablemente sobre la lesión tuberculosa misma en virtud de sus propiedades antisépticas y provocando también en el seno de los tejidos fenómenos de irritación seguidos de esclerosis.

En este orden de ideas hizo 41 inyecciones parenquimatosas de naftol alcanforado en cuatro enfermos tuberculosos en segundo grado, y que presentaban lesiones de reblandecimiento en los dos vértices, acompañados en un caso de una pequeña excavación. Las inyecciones se hicieron una ó dos veces por semana con la jeringa de Pravaz, provista de una aguja más larga que la ordinaria. Se inyectaron cada vez 15 centigramos de naftol alcanforado, ó sean 5 centigramos de naftol puro. La aguja se introducía en el primero ó en el segundo espacio intercostal, á igual distancia, cerca del borde del esternón y de la línea axilar; después de asegurarse de no haber herido ningún

vaso del pulmón se inyectaba el naftol con todas las precauciones necesarias.

De estas 41 inyecciones, 22 no fueron seguidas de ningún accidente; en las otras se presentaron algunos fenómenos dignos de atención: ora no fué más que un ligero dolor en el trayecto del cubital; ora una tos quintosa, debida probablemente á la penetración del vapor del alcanfor en los bronquios; ora una ligera hemoptisis, caracterizada por algunos hilos de sangre en los esputos, excepto una vez, en la que la sangre expulsada fué tan abundante que llenó el fondo de una escupidera. Una sola vez reveló la auscultación signos que hicieron pensar en un pneumotórax enquistado del vértice, pero desaparecieron rápidamente; no se creyó, pues, en realidad en este caso en la producción de este accidente.

Bajo el punto de vista de los resultados definitivos en estos cuatro enfermos, tres se aliviaron notablemente, el cuarto abandonó el hospital en mediano estado, pero las lesiones eran en él ya bastante avanzadas cuando se empezó el tratamiento. En todos la expectoración disminuyó notablemente, y de moco-purulenta que era se hizo mucosa; los signos físicos se modificaron considerablemente. En resumen, resultados bastante satisfactorios; presentándose, no obstante, algunos inconvenientes, debidos sin duda á las propiedades irritantes del alcanfor, que deben evitarse. Las inyecciones intrapulmonares merecen ser continuadas, pero queda todavía por determinar el líquido que se puede inyectar. (*Gaz. Hebdomadaire*, 26 julio de 1889.)

33.—Sobre las inhalaciones de ácido fluorhídrico en la gangrena del pulmón.

Por el doctor F. Huertas, del hospital general de Madrid.

Refiere el autor la historia de una enferma de sesenta años que ingresó en la sala de su cargo, en el mes de febrero del presente año, que sin más antecedentes reumáticos presentaba color terroso sucio en la piel y edema en las extremidades inferiores, con úlceras en supuración fétida; el decúbito era supino, pero incorporada, gran disnea, tos frecuente, expectoración moco-purulenta y escaso dolor gravativo en el lado izquierdo del tórax. Existía matidez

absoluta del vértice á la base, por delante y por detrás; respiración bronquial, estertores de timbre metálico, vibraciones vocales reforzadas é intensa broncofonía, sobre todo en la región subescapular. En el lado derecho, respiración pueril. Pulso regular, duro; 80 pulsaciones. Temperatura, 37°,2. Lengua saburrosa, sed, inapetencia, diarrea. Hecho el diagnóstico por exclusión, fijada la atención en el aparato circulatorio, y relacionando las lesiones cardíacas y vasculares con los procesos ulcerosos que existían, por creerlos una modalidad ateromatosa, se pensó en una gangrena pulmonar por embolia séptica, opinión confirmada después.

Cierto es, dice el autor, que la índole anatómica de la arteria pulmonar hace muy difícil que su obturación sea suficiente para producir el esfacelo, entre otras razones porque son á las arterias bronquiales á las que está encomendada la nutrición del órgano; pero esta dificultad no llega á la imposibilidad, y por otra parte tuvimos muy en cuenta que el estado ateromatoso de los vasos es bastante ya de suyo para producir alteraciones en el endotelio, como rugosidades y depósitos calcáreos, que, disminuyendo ú obstruyendo la luz del vaso, priva del riego sanguíneo á un territorio más ó menos extenso.

Justificado así el diagnóstico, decidió el doctor Huertas hacer una especie de lavado bronquial, estimulando á la vez los músculos de Reissessen, tan apáticos, disponiendo el jarabe de ipecacuana, que con los vómitos que produjo cambió la naturaleza de la expectoración, haciéndola abundante, de un olor insoportable y compuesta de fragmentos del parenquima pulmonar; presentando, vista al microscopio, espirilos, filamentos de hongos, grasa, pigmento negro y agujas de ácidos grasos. Se presentó en seguida fiebre, iniciada con intenso escalofrío y ascensión térmica á 40°,3, con remisiones matutinas. A esto se unió una acentuada adinamia con subdelirio, crocidismo, subsalto de tendones y diarrea. El tratamiento consistió en cura antiséptica de las úlceras, caldos con jerez, poción de Tood y píldoras de sulfato de quinina con iodoformo.

Al quinto día remitieron todos los síntomas, pero la expectoración continuó tan fétida como antes, por lo que se pensó en mejorar el estado séptico local, pues era de temer

una agudización septicémica con sus fatales consecuencias y contra la cual siempre se tiene poca fortuna; pasando revista por la trementina, terpinol, eucaliptol, ácido benzoico, etc., se fijó la atención en la atmiatria con el ácido fluorhídrico, que tan excelentes resultados ha dado en otras afecciones que la tuberculosis pulmonar.

A pesar de temer el efecto estimulante de dichas inhalaciones, y mucho más en un aparato respiratorio tan fluxionado y predispuesto á hemorragias como el de la enferma en cuestión, como las circunstancias apremiaban se puso en práctica aquel pensamiento, valiéndose del excelente aparato inhalador del doctor Valenzuela, colega también de hospital.

Este aparato, ya muy conocido por su sencillez, está fundado en la saturación del aire por una esencia volátil, según las leyes de la física. Dada su pequeña capacidad cúbica (12 litros) y la gran superficie de contacto entre el líquido y el aire, en virtud á su mecanismo interior de platillos horizontales se logra una gran superficie de contacto entre el líquido evaporable y el aire que se confina en el receptáculo ó cilindro de porcelana; así se explica que con disoluciones muy tenues se obtengan saturaciones grandes; el resto del mecanismo del aparato queda reducido al juego de válvulas que facilitan la entrada del aire exterior y la salida del aire espirado.

La enferma toleró bastante bien su sesión atmiátrica de diez minutos de duración, no obstante algunos accesos de tos. Mas para apreciar el valor de este nuevo agente terapéutico se suprimió el plan antes citado. En los tres primeros días se notó ya una gran disminución de la fetidez de la expectoración, que seguía abundante y menos oscura; después desapareció la fiebre y cesó por completo la diarrea. Al octavo día ya no existía vestigio alguno de mal olor, no había fiebre y los esputos, aunque volvieron á ser puriémulos, disminuyeron en dos terceras partes, sin embargo de lo cual la enferma continuó otros seis días con una buena alimentación y las inhalaciones prolongadas poco á poco hasta durar treinta y cinco minutos.

Curada la enferma de su epifenómeno, gangrena del pulmón, se apreciaban todavía vestigios de su proceso; existían síntomas cavitarios en la parte posterior y estertores

subcrepitantes de grandes burbujas en una zona extensa del lado izquierdo; síntomas de un estado patológico que aunque de duración puede, sin embargo, desaparecer.

¿En qué podemos fundamentar este resultado terapéutico? El ácido fluorhídrico es un antiséptico poderoso, tan poderoso que el gran terapeuta Hayem, estudiando los diversos agentes de la medicación desinfectante, le coloca en la clase de medicamentos extremadamente antisépticos. Los experimentos de Dujardin-Beaumetz y Chevy han confirmado estos poderosos efectos antifermentescibles y antipútridos operando con disoluciones, en la proporción de 1 por 2.000, sobre caldo, leche, orina y carne cruda.

En clínica quirúrgica también está demostrada su poderosa acción, tocando las superficies ulcerosas, en las varicosas sobre todo, con una solución al 5 por 100. Esto aparte de su virtud antibacilar, tan sabida de todos, y que justifica su importancia en la terapéutica de la tuberculosis.

Estos son, pues, los razonamientos que sirvieron de guía al doctor Huertas para llenar una indicación tan importante como las inhalaciones fluorhídricas, de cuyos resultados está completamente satisfecho, y aunque comprendamos desde luego que un caso aislado no permite deducciones estadísticas, nos ha parecido oportuno publicarlo aun á fuer de molestar la atención de los lectores. (*Revista Clínica de los Hospitales*, junio de 1889.)

34.—Uso tópico de las soluciones de nitrato de plata en la laringitis crónica.

Por Salomón Solis-Cohen, doctor en Medicina de Filadelfia.

Hay muchos asuntos de mayor interés científico que el tratamiento de la laringitis crónica, pero muy pocos de más importancia práctica para un gran número de nuestros enfermos.

Las cuestiones generales de la terapéutica, tanto general como tópica, de esta afección han sido tanto y tan ampliamente discutidas en libros de texto y artículos especiales por tantos distinguidos compañeros, que todo cuanto se diga ya ha de parecer superfluo. Es, pues, sólo mi deseo comunicar de una manera sucinta los resultados de

mi experiencia personal durante los tres ó cuatro años últimos con un simple agente, con el objeto de conocer la opinión de observadores competentes sobre el valor real de dicho agente antes tan en boga y hoy casi olvidado. No creo necesario referir casos en detalle, pues no voy á hablar de los debidos á una afección nasal ú obstrucción, ni de aquellos en los cuales todo tratamiento tópico es innecesario, sino simplemente de las aplicaciones tópicas como medio curativo de las lesiones locales. Todos hemos tenido ocasión de observar casos de laringitis crónicas, especialmente en cantores, abogados, oradores, etc., etc., en los que después de sustraerse de todas las causas de irritación, tanto general como local, y emplearse un tratamiento tópico apropiado al individuo durante un tiempo más ó menos largo, han mejorado sin poder llegar nunca á la curación completa, pues al cabo de algún tiempo el tratamiemto no seguía respondiendo como al principio. Quizás desaparezcan todos los signos de la afección, excepto una línea rosácea singular en las cuerdas vocales, ó quizás una coloración pálida uniforme ó sólo falta de brillo, pero habrá algo que persista y que impida al enfermo hacer perfecto uso de la voz con la facilidad y virilidad de antes.

En estos estados, últimos restos de la afección, es en los que he obtenido magnífico resultado con el uso tópico de la esponja, algodón ó cepillo empapado en soluciones débiles de nitrato de plata de 50 centigramos próximamente por 30 gramos, con la que hago una aplicación durante dos ó tres días hasta producir alguna reacción congestiva y después con mayores intervalos. También en algunos casos, durante el curso del tratamiento, antes de llegar al último período arriba descrito, he observado que al parecer se han acelerado curaciones sustituyendo la glicerina iodada, el tanino y demás medios rutinarios por soluciones más concentradas de nitrato de plata. Al uso de la solución de nitrato de plata sigue inmediatamente un aumento visible de la congestión; pero pronto desaparece, observándose en la primera visita una mejoría manifiesta. Estas aplicaciones se hacen una vez cada dos ó tres semanas, según las circunstancias. Este uso de las soluciones de nitrato de plata no es un medio rutinario, sino que en algunas ocasiones, en el curso de otro tratamiento, es

un estimulante tópico (la concentración de la solución debe estar en razón inversa del progreso del caso hacia la curación); y yo creo que en muchos casos, en los que está indicado el tratamiento tópico, puede acelerarse la curación, y principalmente que las molestias del último período pueden evitarse ó curarse más fácilmente con su uso que con el de cualquier otro agente de los conocidos. (*New-York Medical Journal*, septiembre 14 de 1889, pág. 287.)

AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS

35 —Sobre el tratamiento de la úlcera gástrica.

Por Williams M. Ord, médico del Hospital de S. Thomas, Londres.

Mi práctica en el tratamiento de la úlcera gástrica me ha hecho dar sobre todo gran importancia al simple descanso físico. Comúnmente el médico tiene que habérselas con dos distintas clases de casos: primero, los enfermos de hospital, y segundo, los que le consultan en su casa ó clientes particulares. Los primeros, obligados á permanecer en cama y en una quietud casi absoluta, se curan mejor que los segundos, á quienes es muy difícil tener en completo descanso, siendo los resultados del tratamiento mucho menos satisfactorios.

Es este un punto sobre el que llamo mucho la atención de los médicos, para que le den la importancia que merece.

Después hay que procurar también el descanso fisiológico, demostrando la experiencia que para evitar molestias al enfermo deben proscribirse toda clase de alimentos mal preparados y sustancias indigestas. Hay que tener en cuenta la idiosincrasia del enfermo, pues unos pueden tomar sin ningún inconveniente leche, huevos y toda clase de farináceos, mientras que no pueden resistir los jugos de carne. Otros, al revés, sólo pueden tomar éstos ó sufren mucho cada vez que ingieren cualquier clase de alimentos. Aquellos que pueden tomar leche y huevos no se extenuarán tanto como los que sólo pueden ingerir los jugos de carne, cuyos principios son menos nutritivos, siendo necesario, tanto en estos casos como en los que no puedan tomar alimento sin sufrir dolor, administrarlo por el recto.

En estos últimos años se han inoculado y preconizado muchos supositorios nutritivos, cuya ventaja estriba en poder ser más fácilmente retenidos que los enemas cuando el recto está irritable. Sin embargo, en general, creo que el enema líquido es mucho más eficaz, consistiendo ordinariamente en 130 ó 180 gramos de extracto de carne y leche en iguales proporciones, más 3 gramos del «licor pancreativo de Berger», y preparándose todo á una temperatura de 98° Jahr. En algunos casos se puede añadir huevos, y cuando haya gran extenuación una pequeña cantidad de brandy. En más de un caso de úlcera gástrica con síntomas graves he usado un enema de éstos durante un mes, no permitiendo ingerir por la boca nada más que agua, y he conseguido mejorar notablemente la nutrición del enfermo.

Respecto al tratamiento medicinal, puedo decir que generalmente se obtienen muy buenos resultados determinando la proporción entre los síntomas de la úlcera gástrica y los que proporciona el catarro gástrico. Suponiendo que existan síntomas de úlcera sin catarro gástrico, tengo la costumbre de dar 1 gramo de carbonato de bismuto con 50 centigramos de carbonato de sosa y 10 gotas de tintura de belladona, tres veces al día. Si hubiera signo de gran catarro gástrico, prescribo la mixtura que acostumbro llamar de Briston (0,50 centigramos de bicarbonato potásico, 0,15 centigramos de ioduro potásico y 3 gotas de ácido hidrociánico diluído en una infusión de genciana) tres veces al día. El uso de esta mixtura durante una semana ó quince días generalmente vence el catarro, y la administración consecutiva de la mixtura de bismuto rara vez deja de curar los casos complicados.

Los casos complicados no sólo suelen así aliviarse, sino que realmente se curan. Llamo casos complicados á aquellos anteriormente aludidos en los que hay signos de adherencia ó ulceración profunda. No debemos olvidar la complicación aguda de hemorragia y perforación. En el tratamiento de la pequeña hemorragia persistente no creo conveniente el uso de los astringentes. En general se deben examinar detenidamente los síntomas del caso, y dirigir el tratamiento á eliminar las causas de hemorragia más bien que usar á ciegas los astringentes. Yo prefiero los métodos

que reduzcan la congestión gástrica, neutralicen el exceso de ácido del jugo gástrico y curen la congestión hepática.

En las grandes hemorragias de la úlcera simple, lo que proceda hay que hacerlo antes de que pueda disponerse el tratamiento; pero esto no quiere decir que sea innecesario. Generalmente se derramará una gran cantidad de sangre en los intestinos, lo que constituye una gran fuente de irritación que exige remedio inmediato. Acostumbro administrar, según las exigencias del caso, el sulfato de magnesia ó de sosa con ácido sulfúrico diluído cada dos ó tres horas, hasta obtener una completa evacuación. Estos sulfatos alcalinos dan muy buen resultado en todos los casos de úlcera gástrica complicados con estreñimiento. Dados por la mañana temprano en agua caliente favorecen la acción de las mixturas ya mencionadas.

Todo cuanto llevo dicho está basado en mi propia experiencia.

Hay algunos médicos que recomiendan el uso de cáusticos, tales como el sulfato de cobre y el nitrato de plata. Otros abogan por el empleo del opio y los astringentes, pero yo he obtenido mejor resultado con el tratamiento descrito.

Añadiré algunas palabras más sobre el valor del ioduro de potasa en el tratamiento del catarro gástrico, ya sea simple ó complique una úlcera ó una afección maligna. Administrado con algún bicarbonato de potasa ó sosa es, según mi experiencia, un medicamento de inestimable valor, haciendo desaparecer rápidamente un catarro simple y quitando por lo tanto el primer obstáculo al tratamiento de la úlcera. Asimismo, en el cáncer suele mitigar los síntomas haciendo creer al paciente que está curado. (*American Journal of Med. Science*, junio de 1889, pág. 560.)

36.—Sobre dos casos de timpanitis aguda del abdomen curados por la acupuntura.

Por Thomas Oliver, médico de la Real Enfermería de Newcastle-on-Tyne

Hallándome á últimos del año pasado en una ciudad vecina, un colega amigo, con quien tuve una consulta, me rogó le acompañase á ver otro caso de obstrucción intestinal que estaba moribundo. No había hecho deposición al-

guna en diez días. Era un hombre de cuarenta años próximamente, empezando la afección por un dolor intenso en el abdomen, localizado en el lado derecho, y vómitos. El dolor y los vómitos, ahora fecales, no habían podido ceder con los medicamentos ordinarios Cuando le vi estaba recostado sobre la cama y muy extenuado á consecuencia de recientes vómitos de una materia fecal líquida que producía un olor intolerable en la habitación. El pulso era sumamente pequeño y frecuente; la lengua estaba seca y negruzca; tenía tos y disnea; el abdomen estaba extraordinariamente distendido y doloroso, y los sonidos cardíacos eran sumamente débiles, oyéndose muchos estertores mucosos y bronquiales en todo el pecho. En el abdomen no había macidez, hallándose muy distendido y doloroso, tocándose los haces intestinales á través de las paredes abdominales. La orina era escasa y estaba muy encendida. Como se había ensayado todo cuanto recomienda la ciencia sin obtener efecto alguno, la muerte era inminente si no se acudía á un medio extraordinario; se me ocurrió, y fué aceptado, puncionar los intestinos. Por diversos sitios del intestino se introdujo un trócar grande y plano, saliendo durante algunos minutos un gran volumen de gas muy fétido. Además del escape del gas salió á través de la aguja, por uno de los puntos, una pequeña cantidad de la misma materia fecal que vomitaba el enfermo. El alivio fué inmediato y permanente. Al día siguiente, cuando le vi, el dolor, los vómitos y la distensión abdominal habían desaparecido, así como también todos los estertores y por lo tanto la disnea. El uso de un gran tubo, con el que antes no se pudo hacer salir nada por el recto, dió ahora resultado, aunque no en gran cantidad. Gradualmente fueron desapareciendo los síntomas alarmantes, y á los cinco ó seis días de mi primer visita expelió un pequeño pedazo de intestino gangrenado de 4 ó 5 pulgadas, con lo que desaparecieron los signos de obstrucción y se curó completamente.

El segundo caso es también muy interesante. Hace unas cuantas semanas que el doctor Arnison me llamó para ver en consulta á un caballero de cuarenta años con una obstrucción intestinal crónica. Llevaba varios días sin hacer deposición alguna, á pesar de habérsele administra-

do medicamentos *ad hoc* y enemas cuidadosamente inyectados. Aunque no tenía los síntomas alarmantes que observé en el caso anterior se iba gradualmente empeorando, é indudablemente hubiera muerto si se abandona la afección á sí misma. El objeto de ser llamado era más que nada para dar mi opinión sobre la conveniencia de practicar la sección abdominal. El pulso en general era bueno y no había vómitos; pero nunca he visto una timpanitis y distensión abdominal mayores. El paciente era grueso desde antes de enfermar, no teniendo por lo tanto buenas condiciones para ningún procedimiento operatorio; pero la principal dificultad estribaba en la excesiva distensión. Tanto el doctor Arnison como yo pensamos que aun cuando abriésemos el abdomen sería casi imposible encontrar el sitio de la obstrucción ó reducir los haces intestinales distendidos. Acordamos, sin embargo, practicar la acupuntura. El doctor Arnison, provisto de un trócar grande y ancho, lo introdujo en varios haces intestinales, tardando varios minutos en vaciarlos de aire que al salir producía una especie de silbido. El alivio fué inmediato. Al día siguiente hizo una gran deposición, y algunos después este enfermo, cuya obstrucción intestinal había sido debida á atonía, estaba en completa convalecencia. Estos casos, entre otros que he observado, prueban de un modo concluyente la importancia de la acupuntura en el tratamiento de la distensión abdominal, tan recomendado en una monografía del doctor Oge. (*Lancet*, julio 6 de 1889, pág. 13.)

37.—Más sobre el uso de los enemas y supositorios de glicerina.

Por el doctor A. S. Polubiusky.

En los números 1, 2 y 4 del *Vratch* ha publicado el autor un trabajo bastante instructivo sobre el tratamiento de las diversas formas de estreñimiento por la glicerina administrada en forma de enemas ó de supositorios. Este trabajo está fundado en 50 casos de la clínica del profesor V. A. Manassien, en 40 de los cuales se usaron los enemas y en 10 los supositorios. Respecto á la cantidad de glicerina empleada en cada enema, en un caso se inyectó 1 gramo; en 19, 2; en 13, 3, y en 7, 4. Los supositorios

contenían 2 gramos de glicerina; el excipiente era la gelatina ó la manteca de cacao. Cuarenta y cinco de estos casos eran hombres de doce á cincuenta y cinco años y cinco mujeres de diez á cuarenta años.

A. *Resultados de los experimentos clínicos.*—1.° En 23 casos (el 46 por 100), la administración de la glicerina fué seguida de deposiciones abundantes; en 19 (el 38 por 100), las deposiciones fueron escasas, y en 3 (el 16 por 100), no hicieron los enfermos deposición alguna. 2.° El primer grupo comprende los casos en los que, tanto por la percusión como por la palpación, se comprobó la existencia de masas fecales en la S ilíaca del colon, y 6 de los casos en los que sólo pudo apreciarse por la percusión. Los enfermos sintieron la primer necesidad de defecar al minuto ó dos, que aumentó gradualmente de intensidad, y fué seguida de deposición á los tres, cuatro ó cinco minutos. Después de la deposición no se presentaron sensaciones desagradables, excepto en un caso en el que el enfermo notó una sensación local y viva de quemadura que duró unos quince minutos. Para comprobar los efectos se administró después de la defecación un enema de agua, siendo los resultados negativos en 19 casos y efectivos en 4. En uno de los 19 casos la administración de 30 gramos de aceite de ricino fué seguida de una deposición abundante. 3.° El segundo grupo comprende: *a)* los casos (6) en los que un enema ordinario administrado después no produjo efecto alguno sobre los intestinos; la palpación descubrió acumulación fecal sólo en la S ilíaca, estando vacío el recto; *b)* los casos (9) en los que un enema de glicerina produjo una deposición clara, siendo abundante después de un enema ordinario; el examen demostró que la S ilíaca y el ciego contenían masas fecales; los casos (4) en los que después del enema de glicerina fué ineficaz otro ordinario y una dosis de aceite de ricino produjo deposiciones abundantes. El examen dió los mismos resultados que en la subdivisión anterior, siendo el estreñimiento de dos y tres días. 4.° El tercer grupo comprende los casos en los que los enemas de glicerina sólo produjeron conatos de defecación, obteniéndose deposiciones abundantes con los enemas ordinarios ó el aceite de ricino. 5.° Bajo la forma de supositorios obra con más lentitud la glicerina que cuando se

inyecta en el recto, defecando el enfermo á los diez, quince ó diez y ocho minutos; la tardanza depende de que la gelatina ó manteca de cacao necesitan cierto tiempo para liquidarse. 6.° Los conatos de defecación son de corta duración, y cuando los resiste el enfermo suele después no defecar.

B. *Teoría de la acción de la glicerina.*—1.° La acción de la glicerina no puede atribuirse en modo alguno al reblandecimiento ó liquefacción de las masas fecadas, porque: *a*) el agua, la leche, el aceite de olivas y otros líquidos inyectados en el recto en pequeñas cantidades (6 gramos ó más) no producen deposición alguna; *b*) cuando se inyecta la glicerina á tan pequeñas dosis, se absorbe con rapidez por la membrana mucosa; *c*) las deposiciones producidas por los enemas de glicerina suelen ser sólidas; *d*) no están cubiertas por una capa acuosa ó viscosa; *e*) las deposiciones se producen poco después de administrarse la glicerina, y para la liquefacción se necesita un intervalo relativamente mayor. 2.° La glicerina produce indudablemente una irritación local (según todas las probabilidades congestión) de la mucosa del recto, porque: *a*) todos los enfermos notan una sensación de calor ó cierta quemadura en el recto; *b*) se ha observado una ligera elevación de la temperatura rectal después del enema, y *c*) haciendo la exploración digital durante los conatos de defecación, se notan contracciones enérgicas en la parte superior del recto. La glicerina no aumenta la secreción de la mucosa rectal. 3.° La irritación persiste hasta que se absorbe por completo la glicerina. Como es absorbible en alto grado, penetra con gran rapidez en los vasos linfáticos del recto, y en cuanto desaparece de éstos deja de obrar. Es por lo tanto incapaz de producir una acción peristáltica considerable por encima de la S ilíaca del colon.

C. *Conclusiones generales.*—1.° Los mejores resultados se han obtenido con la glicerina en la acumulación fecal en el recto y en la S ilíaca. 2.° En los casos de acumulación fecal localizada más arriba (tiflitis, catarro intestinal generalizado, etc.) el medicamento es inútil por completo. 3.° Los enemas y supositorios de glicerina están indicados de una manera especial: *a*) como medio de esforzar el recto, es decir, para despertar conatos regulares de defecación

en el estreñimiento habitual; *b*) en los casos de estreñimiento producido por acumulación fecal en el intestino grueso y debido á un estado atónico de la túnica muscular intestinal, como ocurre con tanta frecuencia en la mujer después del parto; como esta atonía intestinal en dichas enfermas suele acompañarse de un estado análogo de las paredes abdominales, el uso de los enemas de glicerina debe combinarse con el amasamiento y faradización de los músculos del abdomen y con la galvanización intrarrectal; *c*) en los casos en que el recto y la S ilíaca están comprimidos de una manera mecánica por tumores pelvianos (incluso el embarazo incipiente); *d*) en la retroversión del útero acompañada de compresión del recto; *e*) en los niños que padecen escrofulosis de la variedad tórpida; *f*) en las personas cuya defecación es difícil y dolorosa por ser los excrementos muy duros, razón por la que muchas veces se abstienen de defecar; en estos casos la glicerina es útil como lubrificante local. 4.° Los enemas de glicerina deben preferirse á los supositorios, porque: *a*) éstos son más costosos; *b*) su uso es más sucio (se funden fácilmente en la mano, etc.), y *c*) su introducción en el recto es más desagradable que un enema. 5.° Son preferibles, no obstante, los supositorios cuando se desea una acción relativamente lenta y que la glicerina produzca efectos lubrificantes, en cuyo caso á la acción de la glicerina hay que agregar la de la manteca de cacao (*Rev. de med. y de cir. prác.*, 7 julio de 1889.)

38.—Nuevos elementos de diagnóstico diferencial entre la úlcera y el cáncer del estómago.

Por el doctor Rauzier.

El diagnóstico diferencial entre el cáncer y la úlcera del estómago está á veces rodeado de las mayores dificultades. En efecto, no se encuentra en los tratados clásicos ningún signo francamente patognomónico que afirme en un caso dado la existencia de una ú otra afección. En favor del cáncer militan la edad avanzada del enfermo, la localización del dolor en el hueco epigástrico, la manifestación tardía de los vómitos después de la ingestión de los alimentos, el color negruzco de las hematemesis, la dilata-

ción estomacal, la presencia de un tumor ó de una induración en la región epigástrica, la caquexia amarillo pajiza, la producción del edema blando doloroso, la marcha rápida y regularmente progresiva de la enfermedad. La úlcera tiene el siguiente sindrome: amarillez del sujeto, irradiación del dolor epigástrico á la columna vertebral, vómitos precoces, color rutilante de las hematemesis, falta de dilatación, de induración epigástrica, de caquexia especial, curso variable de la afección y remisiones frecuentes en el curso de su evolución.

Desgraciadamente, hay muchos casos en que falta una parte de estos signos ó en que hay mezcla de los síntomas de ambas afecciones.

El doctor Hayem indicó como carácter de los tumores malignos en general, cuya aplicación puede hacerse al cáncer del estómago, una *leucocitosis* que acompaña de ordinario á los neoplasmas malignos y hace ascender en ciertos casos á la cifra de 21.000 por milímetro cúbico el número de glóbulos blancos de la sangre, cuyo término medio fisiológico no excede nunca de 9.000. Pero este método no se aplica á todos los casos, pues para que el examen de la sangre tenga significación diagnóstica es preciso que el tumor no esté ulcerado. Además, estas indagaciones requieren un instrumental y manipulaciones que no están al alcance de todos.

Otro método de investigación, indicado hace tres años y hoy casi exclusivamente extendido, consiste en el examen químico del jugo gástrico y la investigación del ácido clorhídrico libre. Sabido es que normalmente el contenido del estómago en estado de vacuidad es acidificado por el ácido láctico; media hora después de la ingestión de los alimentos empieza á mezclarse con el ácido láctico cierta cantidad de ácido clorhídrico; al cabo de una hora no se encuentra ya más que ácido clorhídrico, que puede descubrirse en los vómitos gracias á una serie de reactivos: violeta de metilo, violeta de genciana, rojo del Congo, papeles reactivos, etc. Ahora bien; en el cáncer del estómago se perturba de modo tal la función del órgano, que no segrega ya el ácido clorhídrico, cosa que no ocurre en la úlcera, en cuya afección es normal la composición del jugo gástrico.

Si bien para muchos autores el criterio suministrado

por el estudio químico de las secreciones estomacales es de una seguridad casi absoluta, han demostrado otros el ácido clorhídrico en exceso en casos de cáncer, y, por el contrario, faltaba en casos en que no existía éste.

El método propuesto por Rommelaere está fundado en que los tumores de mala naturaleza, sea cual fuere su asiento y aspecto morfológico, la cifra de la urea urinaria desciende gradualmente y acaba por ser menor de 12 gramos en las veinticuatro horas. Basta, pues, cuando se sospeche la existencia de un tumor maligno, averiguar, por el clásico procedimiento de Esbach, la cantidad de urea cotidianamente excretada; el examen debe recaer sobre la cantidad total de las orinas y repetirse para evitar toda causa de error durante varios días consecutivos.

Según dicho autor, y según el doctor Rauzier, en el estado normal el grado de azoturia es adecuado al régimen alimenticio: un sujeto que ingiere muchas sustancias albuminoideas emite mucha urea y viceversa. Pero en ciertos estados morbosos, y en particular en el cáncer, hay un trastorno de la nutrición (causa ó efecto, poco importa por el momento) tal que la asimilación de las materias azoadas se verifica mal, sea cual fuere la abundancia de los ingestas, de suerte que la cantidad de ázoe excretada no está en manera alguna en relación con la de ázoe introducido en el tubo digestivo.

No es esto decir que la alimentación no influya en la azoturia de los cancerosos; un canceroso que come mucho excreta más urea que otro que no se alimenta, pero menos que un hombre sano sometido al mismo régimen, y tanto menos cuanto más avanza la enfermedad.

Claro es que los tumores malignos no son los únicos que provocan la hipoazoturia, sino que la inanición, una tuberculosis avanzada, las lesiones del parenquima renal, ciertos trastornos hepáticos, diversos accidentes nerviosos, la ascitis, etc., pueden ir acompañados de una disminución notable de la urea.

Los datos anteriores son aplicables al asunto que nos ocupa. Cuando se titubea en hacer el diagnóstico de úlcera ó de cáncer del estómago, la dosificación de la urea puede proporcionar datos útiles; el cáncer provocará una azoturia tanto mayor cuando á la influencia particular del tu-

mor maligno sobre la nutrición se agregue la alteración especial de las vías digestivas con los trastornos mecánicos y químicos que la acompañan, y la úlcera, por el contrario, ofrecerá la cifra normal de la urea. Esta oposición entre los dos tipos morbosos, relativamente á la cantidad de los residuos azoados diarios, viene en apoyo de la teoría de Rommelaere. En efecto, la hipoazoturia no es indicio positivo de la existencia de un tumor maligno, puesto que puede presentarse en las enfermedades más arriba enumeradas; pero, por el contrario, la conservación de la cifra normal de la urea, incompatible con la existencia de un cáncer, sobre todo en el período avanzado de la enfermedad, atestigua de un modo casi seguro que se trata de una úlcera estomacal.

En resumen; en los casos en que los síntomas clásicos son insuficientes para hacer un diagnóstico diferencial entre la úlcera y el cáncer del estómago, debe concederse, sin descuidar los demás procedimientos de investigación recientemente indicados, importancia diagnóstica muy especial á la cifra de la azoturia diaria. (*Siglo Médico*, 26 mayo de 1889.)

39.—Tratamiento del catarro gastro-intestinal en los niños. Irrigación intestinal.

Por Edwards P. Davis, obstétrico del Hospital de Filadelfia.

Respecto al tratamiento del catarro gastro-intestinal de los niños, la profilaxis es de suma importancia. Debe prestarse especial atención á la ingesta infantil. En todo alimento ó bebida debe eliminarse ó neutralizarse la materia infecciosa. Se debe filtrar y hervir el agua antes de darse sola ó mezclada con leche. Esta debe esterilizarse por aparatos apropiados ó hirviéndola también. Toda sustancia albuminoidea susceptible de descomposición debe ser convenientemente calentada. El biberón debe lavarse con frecuencia en agua que contenga sosa, y los chupones de goma en una solución bórica. Cuando no se disponga de un aparato para esterilizar la leche, puede hervirse en un vaso que se mete dentro de un cazo con agua, el que se coloca sobre el fuego. Después de hervida se deja enfriar hasta que se necesite.

Es, sin embargo, mucho mejor esterilizar la leche en el mismo frasco en que la toma el niño. Véndense infinidad de esterilizadores cuyo principio esencial es en todos el mismo. Son unos frascos de zinc llenos de leche, los cuales descansan sobre un borde situado á varias pulgadas del fondo de una lata cerrada. Los frascos, después de esterilizados en agua hirviendo ó al calor seco, se llenan parcialmente de leche sola ó con agua hervida; después se tapan con un tapón de goma perforado por un obturador de cristal; se retira éste y se colocan los frascos en la lata cerrada, que contiene 3 ó 4 pulgadas de agua, y se calienta el todo hasta que hierve ésta durante media hora, conseguido lo cual se colocan nuevamente los obturadores y quedan los frascos dispuestos para la venta.

Cuando se necesita dar alimento al niño, se añade una cucharadita de un buen extracto de cebada á 4 ó 6 onzas de leche y se calienta la botella en agua á una temperatura apropiada, sustituyéndose el tapón de goma por un chupón nuevo de la misma materia, y el niño recibe su alimento directamente de la vasija en que ha sido esterilizado sin poner la leche en contacto del aire. Este procedimiento puede simplificarse sustituyendo el tapón de goma por uno de algodón esterilizado por el calor. Los tapones de algodón se usan comúnmente como filtros de aire para evitar el acceso de las bacterias en los cultivos experimentales. Se prefiere el extracto de cebada al azúcar porque es menos propenso á fermentar.

En los hospitales y casas en que haya gran número de niños reunidos deben desinfectarse todos los pañales sumergiéndolos en una solución de bicloruro de mercurio (1 á 5.000 ó 10.000), con lo que se evita el desarrollo de bacterias. En los niños es preciso una limpieza excesiva, debiendo usarse, cuando exista tendencia á excoriaciones, en lugar de cualquier polvo de *toilette* el de ácido bórico.

El tratamiento activo de una simple congestión de la membrana mucosa del aparato digestivo con catarro compensatorio exige la suspensión de todo alimento durante varias horas, un baño caliente y la ingestión de pequeñas cantidades de agua hervida; si hay postración, se dará agua y coñac ó espíritu aromático de amoníaco. Es indudable que en los niños la pérdida de líquido produce un

efecto sensible, y unas cuantas deposiciones líquidas en un niño pequeño pueden dar lugar á una gran postración. Si naturalmente no mueven pronto los intestinos, debe darse el aceite de castor.

Cuando haya vómitos de leche cortada con marcada irritación gástrica es ventajoso lavar el estómago, para lo cual basta un pequeño catéter (núm. 8), un tubo pequeño de cristal, otro mayor de goma y un pequeño embudo. El tubo de cristal, unido al catéter y tubo de goma, sirve para indicar el paso del líquido. Puede emplearse agua hervida, á la que se añade un poco de bicarbonato ó salicilato de sosa (5 centigramos por 30 gramos). Se deprime suave, pero firmemente, la lengua con el dedo índice de la mano izquierda, y con la derecha se pasa el catéter untado de aceite; si se observa resistencia se hace una pausa, haciéndole girar suavemente, después de lo cual suele pasar por el esófago sin dificultad. El líquido debe ser echado lentamente por el embudo, dejándosele que vuelva á salir hasta que se haga completamente claro.

Aunque la úlcera gástrica y rotura del estómago no son comunes en los niños, sin embargo, en una serie reciente de experimentos hechos por mi amigo el doctor Bennett, para determinar la probabilidad de que pueda romperse el tejido gastro-intestinal con la irrigación, observó en el cadáver que los pocos casos de rotura, debida según la autopsia á la irrigación, lo fueron en el estómago, donde existía un principio de ulceración. La irrigación gástrica debe ser hecha con paciencia y lentitud, y sólo debe hacerse cuando la irritación gástrica es muy pronunciada. Si desaparecen los síntomas, debe empezarse la suspendida alimentación por pequeñas cantidades de leche esterilizada y agua, ó si no es esto tolerado agua con caldo ó clara de huevo.

Si hay evidencias bien acentuadas de catarro intestinal con enteritis debe tenerse mayor cuidado. Debe hacerse en seguida un esfuerzo para eliminar las sustancias indigestas de los intestinos, impedir el desarrollo de bacterias y sostener y alimentar al enfermo de la mejor manera posible.

Hállase indicado un antiséptico intestinal, y por experiencia parece el más conveniente los calomelanos en los

primeros períodos de la afección. Dosis de medio centigramo ó menos, con iodo ó leche azucarada, deben darse cada media ó una hora, hasta que las deposiciones sean completamente biliosas. En las primeras seis ú ocho horas debe reemplazarse el alimento por cucharaditas de whisky (coñac), agua hervida ó la mixtura de Jacobi, compuesta de clara de huevo, coñac y agua, teniéndose cuidado de dar á menudo *pequeñas* cantidades de líquido. Debe reducirse la temperatura por medio de un baño caliente ó templado, con una toalla fría aplicada sobre la cabeza. Suele dar buen resultado la aplicación de una cataplasma sobre el abdomen. Si el dolor, la fiebre y la inquietud no se modifican con el baño, puede darse en lugar del opio dosis de 2 centigramos y medio de antipirina.

Si la acción antiséptica intestinal de los calomelanos no es suficiente para evitar el desarrollo de las bacterias, debe recurrirse inmediatamente á la irrigación intestinal *antes* de que sobrevenga la postración. Necesítase un catéter flexible (núm. 11), un tubo de cristal adherido á él y una jeringa. El líquido será agua hervida alcalinizada, con la adición de bicarbonato sódico, timol (1 por 1.000) ó salicilato de sodio (1 gramo por 600 de agua). Debido á la cortesía del doctor Waterman, profesor clínico del Colegio, tenemos un caso en el que está indicada la irrigación intestinal.

Colocado el niño boca abajo en la falda de la enfermera y sujetas las nalgas con nuestra mano izquierda, con la derecha introducimos suavemente el catéter untado en aceite y lo empujamos despacio hacia los intestinos, sacándole para introducirle de nuevo si existe alguna obstrucción.

El catéter puede ser introducido sin ninguna dificultad seis ú ocho pulgadas, y con la jeringa sostenida á dos ó tres pies encima del enfermo se impulsa libremente el líquido. La temperatura de éste debe ser de 90 á 110 grados Fah., y si el niño está en colapso, una irrigación caliente le estimulará beneficiosamente. La cantidad de líquido puede variar desde un cuarto á media y hasta 20 onzas; cuando hay colapso, después que el líquido inyectado sale ya claro, deben darse por la boca varias onzas de agua caliente ó coñac caliente, que absorbidas producirán muy buen efecto.

Como veis, en este enfermo, mientras la introducción del catéter le molestó, el paso del líquido le ha producido considerable bienestar, y no es raro el que suelan dormirse una ó dos horas en la falda de la enfermera durante la irrigación intestinal, descendiendo mucho la temperatura. La presión del cuerpo del niño contra la falda de la enfermera asegura el libre retorno del líquido, y hay poco temor de violentar los intestinos porque la pared abdominal es la propensa á distenderse y no aquéllos, según lo han demostrado los experimentos del doctor Bennett. La irrigación intestinal puede emplearse dos veces al día y aun más en los casos urgentes sin cuidado alguno.

Si el caso es crónico se dará con buen resultado la naftalina ó el salol, habiéndome prestado buen servicio este último cuerpo con mercurio y cal. Pero el sostenimiento de las fuerzas del paciente, la eliminación de las sustancias indigestas, la preservación de las condiciones más favorables para la circulación, el evitar una congestión pasiva, y finalmente el restablecimiento gradual de la digestión, constituyen un problema que requiere la más detenida atención en cada caso. A menudo en pocas horas se decide la suerte de estos enfermos, viniendo rápidamente el restablecimiento completo. Si no sucede esto, el primer problema que hay que resolver es el de la nutrición. Los caldos de vaca ó gallina, un buen extracto de carne, el té inglés con ron y la leche de vaca recientemente ordeñada, etcétera, suelen ser beneficiosos, según los casos. Cuando nada influye en el curso de la afección, el cambiar de aire suele dar buen resultado. El arsénico en pequeñas y crecientes dosis con aceite de oliva ó manteca debe ensayarse. También son útiles las unciones con aceite. Los polvos peptonizantes ó pancreáticos que venden los farmacéuticos suelen favorecer la digestión de la leche.

Según mi experiencia, sin embargo, el éxito en el tratamiento del catarro gastro-intestinal de los niños dependerá más de nuestra clara comprensión, de las causas que le producen y manera de evitarlas, del conocimiento de su patología, el detenido estudio de cada caso y el uso inteligente de los métodos más simples de antisepsia. (*Philadelphia Medical News.*, julio 6 de 1889, pág. 2.)

40.—Sobre la diarrea infantil y su tratamiento.

Por John Lord Babcock, médico encargado de las afecciones de niños en la Policlínica de S. Luis.

Consideradas bajo un punto de vista clínico, las diarreas infantiles pueden dividirse en cuatro clases: primera, diarrea simple, causada sólo por irritación intestinal; segunda, diarrea inflamatoria, debida á la enterocolitis, ó más rara vez á la enteritis ó colitis solo; tercera, diarrea colicuativa del cólera *infantil*, y cuarta, la diarrea sintomática, que se observa con distintos grados de gravedad en casi todas las afecciones agudas.

La diarrea simple es debida á la existencia de una irritación intestinal, en la forma de una materia fermentescible ó indigesta. Su diagnóstico y tratamiento no ofrece dificultad alguna. La catarsis es una acción conservadora natural que tiene por objeto eliminar de la economía las materias inútiles ó peligrosas. Caracterízase por una evacuación que difiere de la normal en fluidez y frecuencia, y contiene algunas materias parcialmente digeridas, acompañada de más ó menos flato.

Generalmente se cura con unas cuantas dosis de ruibarbo y soda, mixtura tan simple como eficaz y que se recomienda desde muy antiguo. El ruibarbo, como sabemos, contiene principios tónicos tan astringentes como laxantes, siendo por esta razón el remedio *por excelencia* para este estado, combinado con la sosa alcalina y un carminativo, generalmente la canela, ó quizás mejor unas cuantas gotas de una solución alcohólica de mentol. Estimulando suavemente la acción intestinal, ayuda á la naturaleza á eliminar por sí misma la causa de alteración y no relaja los intestinos. La bien conocida tendencia de los niños neuróticos, así como de todos los muy pequeños, á sufrir convulsiones en seguida después de cortarse la diarrea, debe siempre tenerse muy en cuenta. No es, pues, prudente ni conveniente cortar repentinamente esta forma de diarrea. En cuatro de los casos objeto de esta tesis la diarrea simple se convirtió en una enteritis grave con el *tratamiento casero*, ó sea la administración del láudano ó un jarabe anodino cualquiera.

Los que padecen enterocolitis presentan un aspecto bien distinto. El niño se queja entonces de dolores abdominales agudos y su vientre está tenso y sensible á la presión; no tiene apetito, se extenúa progresivamente y hace de cinco á veinte deposiciones diarias. La materia fecal puede tener un color verde pálido ú oscuro, y ser más ó menos sanguinolenta. Generalmente tiene un olor muy fétido.

En los casos graves ó de tipo disentérico, por ser patológicamente muy parecidos á la disentería, las evacuaciones son principalmente de moco acuoso y sanguinolento. En esta afección hay siempre alguna elevación de temperatura, especialmente en los primeros períodos. La demacración progresiva se acentúa mucho cuando la afección se hace crónica, y estoy convencido que la causa de muchos de estos casos es el no dar agua para apagar la sed del niño. Además, el uso de alimentos alterados ó impropios, unido á un aire viciado, juega un importante papel en su etiología; pero la importancia de la privación del agua como causa suele ser olvidada. Cúando un niño bebe leche ó cualquier otro alimento líquido, es porque está sediento y no porque tenga hambre; indudablemente ingiere demasiado. Su aparato digestivo se llena de leche, la cual se cuaja rápidamente, no pudiendo el estómago atender á tanta cantidad. El resultado es simple y pronto. Siéntese en dicho órgano una cantidad mayor ó menor de materia fermentada agria que hace llorar al niño, produciéndole fiebre y sed, la cual se apaga, no con agua fresca, sino con otro frasco de leche, echando así más leña al fuego. Llénanse pronto los intestinos de masa fermentescible, concluyendo por producirse la diarrea.

Si se sigue dando leche al niño pronto una diarrea simple se convierte en enterocolitis, muriendo quizás de extenuación ó en una convulsión, mientras que los padres y probablemente el mismo médico atribuyen la muerte al cólera infantil. Yo tengo por costumbre aconsejar á las madres el que den á sus niños todo el agua que necesiten, y particularmente en verano; que la den siempre antes de mamar ó de tomar el alimento; entonces el niño no toma más que la que necesita para satisfacer el hambre, y no de un modo excesivo. El niño que tiene una diarrea abun-

dante necesita imprescindiblemente beber agua. Hay una disminución en la cantidad total de líquidos del cuerpo, causada por la evacuación serosa intestinal. El agua nunca empeora la diarrea, sino al contrario, llenando los riñones y suministrando líquido para la circulación intersticial general, disminuye el proceso morboso y estimula la metamorfosis normal orgánica, aumentando así la vitalidad general del paciente. Respecto á cada caso, es necesario ante todo indagar respecto á la alimentación del niño contestando á estas preguntas. ¿El qué? ¿Cuántas veces? ¿Cuánto? Nuestros 108 casos de enterocolitis presentaban casi estos antecedentes: Primero, alimentación nociva, ó privación de agua, ó ambas cosas; luego diarrea simple, seguida rápidamente por la diarrea inflamatoria de la afección. Su tratamiento puede dividirse en tres partes: Primera, regularización en los alimentos y bebidas; segunda, tratamiento desinfectante, incluyendo algunas veces las inyecciones rectales de grandes cantidades de agua esterilizada, y tercera, administración del opio y los astringentes.

La regularización de la alimentación consiste generalmente en prescribir pequeñas cantidades de leche ó crema (*) y mucha agua en bebida. Las pequeñas dosis de calomelanos á cortos intervalos durante dos días suelen cambiar el carácter de la evacuación, adquiriendo un color y consistencia más normal y poniendo al enfermo en condiciones apropiadas para podérsele dar los astringentes. Cuando haya inflamación deben proscribirse todos los purgantes resinosos y el ruibarbo. Los estados disentéricos se tratan mejor con dosis frecuentes y pequeñas de sulfato de magnesia. La regla á que debemos someternos para obrar en estos casos, así como en todas las afecciones de los niños, debe ser dar la menor dosis posible si con ella se ob-

(*) Después de un detenido y prolongado estudio de esta cuestión bajo el punto de vista práctico, hemos sentado la conclusión de que las cremas de leche recomendadas por el doctor Meigs (de Filadelfia), el doctor Wictero (de Nueva York) y otros son indudablemente el mejor alimento artificial para los niños. Su composición para un niño de seis meses es como sigue: Leche, tres partes; crema, una parte; agua de cal, una parte, agua hervida, dos partes, y azúcar de leche, una parte. Cuando hay estreñimiento puede sustituirse el agua de cal por la solución de bicarbonato sódico (15 centigramos por 30 gramos). Este alimento se asemeja á la leche de la madre en gravedad específica, riqueza en grasas, alcalinidad y dulzor.

tiene el efecto deseado y procurar descanso al estómago é intestinos, eliminando la irritación causada por la presencia de materias fermentadas y productos de descomposición é inflamación. Para cumplir esto debemos desinfectar cuanto sea posible el contenido del canal alimenticio además de hacerlo expeler. Gracias á recientes descubrimientos de nuevas sustancias es hoy posible hacer esto en muchos casos, para lo cual se ordena la alimentación del modo arriba indicado, ó si hay vómitos se suspende todo alimento por dos días y se dan de medio á un centigramo de calomelanos (para un niño de seis meses) cada hora hasta tomar cinco dosis, los cuales se repiten al día siguiente además del uso de los estimulantes, como ya se ha indicado. Al tercer día, si continúa la diarrea verde, puede darse de 15 á 25 centigramos de salol tres veces al día, al que se añade 1/4 de gota de láudano si existe gran dolor. Hemos empleado este tratamiento en 17 casos, 9 de los cuales se curaron rápidamente, en 5 no se supo el resultado por perderlos de vista y 3 no fueron beneficiados por él. Si el asiento de la alteración está en el intestino grande la acción del salol es nula, dándose en estos casos abundantes enemas de agua templada esterilizada. En dos casos en que se siguió este método la mejoría fué muy acentuada. Un caso que fué envenenado con brandy por su madre murió al día siguiente de administrado el enema, con el cual, sin embargo, desaparecieron los dolores, cólicos y el tenesmo. Siguiéndose este método general de tratamiento se verá que en muchos casos graves, después de tomar durante dos días pequeñas dosis de calomelanos y de cumplir escrupulosamente las instrucciones dadas respecto á alimentación y bebida, casi desaparecerá la enterocolitis, convirtiéndose en un caso de diarrea simple, la que sólo requiere unas cuantas dosis de ruibarbo y soda, añadiendo á cada una de media á una gota de tintura de nuez vómica para obtener la curación completa.

El bismuto y la mixtura de cal es muy útil cuando la diarrea muestra tendencia á hacerse crónica, debiendo usarse ambas en grandes dosis para que produzca efectos positivos. (*New-York Med. Record*, julio 13 de 1889, página 36.)

41.—Esterilizador de vapor de Arnold. Un aparato para esterilizar la leche.

Por T. M. Checsman, médico bacteriólogo del Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York.

La necesidad de esterilizar el alimento del niño, especialmente durante el verano, es la causa porque llamo vuestra atención sobre un aparato esterilizador conocido con el nombre de «Esterilizador de vapor de Arnold», el cual fué ensayado para esterilizar cultivos medios en el laboratorio de la Asociación de alumnos del Colegio de médicos y cirujanos por el doctor Prudden con excelente resultado.

Al profesor Soxhlet debe su crédito el primer esterilizador de leche para alimentar niños, y al doctor A. Caillé se debe el haberse introducido en la práctica profesional en este país, pero el aparato que ahora exhibo tiene ciertas ventajas sobre los recomendados por dichos colegas. (Está hecho por Wilmot Castte and C.° de Rochéster, Nueva York, siendo su precio de 2,50 libras.)

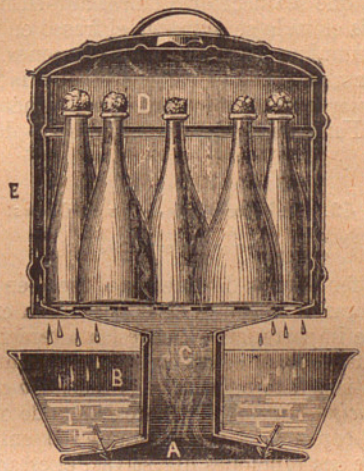
Consiste en una caldera pequeña y plana (A) de poca capacidad, y necesita por lo tanto muy poco calor para que el agua que contenga se convierta en vapor; un receptáculo (B) que alimenta constantemente á la caldera y hace que se forme el vapor de un modo continuo; un depósito de vapor en caja receptora (C-D) y un hueco ó espacio cerrado (E) entre la cubierta y el depósito que esté constantemente lleno del vapor que se escapa y que hace que la temperatura se mantenga uniforme mientras se sostenga el fuego.

Obtiénese la esterilización sometiendo el objeto que se quiere esterilizar á la temperatura del vapor vivo y sosteniéndola así durante cuarenta y cinco minutos. La ebullición durante el mismo tiempo en una vasija cuyas paredes estén en contacto del aire no es suficiente, porque se sabe que la temperatura varía mucho en las distintas partes de aquélla. Esta es la objeción principal al aparato de Soxhlet, cuyo principio está basado en el del baño de agua común, mientras que éste es un baño de vapor en el que se evitan las variaciones de temperatura.

Numerosas pruebas han demostrado que con un simple mechero Bunsen y la presión ordinaria del gas se eleva la

temperatura en todo el recipiente á 100° en diez minutos. El tiempo que se requiere para que el líquido que ha de ser esterilizado alcance la misma temperatura se ha observado que es proporcional á su volumen, de modo que se necesita menos tiempo cuando aquél está dividido en porciones.

Cuando la temperatura llega á 100° empieza la esterilización, debiéndose sostener aquélla el tiempo dicho, es decir, cuarenta y cinco minutos, ó sea el necesario para vencer la gran resistencia de los esporos.



Como esterilizador, este aparato tiene estas principales ventajas: 1.°, esteriliza eficazmente; 2.°, economiza tiempo y fuego, y 3.°, es fácilmente portátil.

Las recomendaciones que debe seguir todo el que lo use son: Preparar el alimento como ha de darse y distribuir la cantidad necesaria para cada doce ó veinticuatro horas en frascos ó biberones de ocho onzas de capacidad cada uno, de manera que sólo se destapen cuando hayan de usarse, consumiendo todo el contenido de uno en una sesión. Al llenar los frascos debe siempre usarse un embudo, de modo que los cuellos se conserven limpios, quedando el lí-

quido hasta una pulgada de ellos, tapándoseles después bien con algodón. Llenos los frascos, se colocan en el recipiente frío y se aplica el fuego por medio del gas ó cualquier otro agente. Para asegurar una esterilización completa debe sostenerse el fuego durante hora y cuarto.

El alimento así preparado puede conservarse á las temperaturas ordinarias durante un período indefinido.

Cuando haya que alimentar al niño se agita bien el frasco, de modo que se mezcle la leche con la crema, se quita el tapón de algodón y se aplica el chupón en seguida. En casos en que sea necesario dar el alimento á una temperatura más elevada se sumerge el frasco en agua caliente según costumbre. Respecto á los chupones, no es práctico esterilizarlos, pues el calor destruye la goma, pero pueden limpiarse minuciosamente por los métodos ordinarios. (*New-York Medical Record.*, julio 13 de 1889, página 39.)

42.—Del estómago en los cardíacos.

Por el doctor G. See.

Entre los fenómenos de orden extrínseco en las enfermedades del corazón debemos citar por orden cronológico á menudo y de importancia siempre las alteraciones gástricas que se manifiestan como precursoras ó sintomáticas en las cardiopatías. Esto constituye el *estómago cardíaco.*

1.° *Gastricismo inicial.*—Sucede á menudo que las enfermedades del corazón se manifiestan en el enfermo por la alteración de sus funciones digestivas; el estado del corazón se disimula á veces por una dispepsia verdadera y constante, ó bien, y es lo más frecuente, por una atonía gástrica con ó sin dilatación.

Cuantas veces viene un enfermo quejándose de lentitud en la digestión con producción de gases, estreñimiento, malestar al finalizar la digestión gástrica, si le examinamos, notamos una distensión ó dilatación gástrica con bazuqueo, en una palabra, una atonía del estómago; si se limita aquí el diagnóstico, se perjudica al enfermo. Si en virtud de este diagnóstico manco se prescriben los pépticos ó las peptonas, los absorbentes ó los purgantes, los amargos ó los tónicos, la hidroterapia ó las aguas minerales, el peligro se

manifestará pronto é irá acentuándose hasta que otro médico más escrupuloso y prevenido contra estas eventualidades engañadoras reconoce la causa de aquellos desórdenes gástricos, esto es, la afección del corazón, que es, en efecto, su punto de partida.

El enfermo entrará gástrico en vuestro consultorio y saldrá cardíaco. ¿De dónde dimana el error por tan largo tiempo prolongado en perjuicio del enfermo? Como consecuencia de la atonía gástrica, tiene á menudo lugar una acumulación tan notable de gases, que el diafragma es rechazado hacia la cavidad torácica, y por lo tanto resulta una dificultad más ó menos acentuada de la respiración; esta opresión mecánica es engañadora, porque se trata de una disnea de trabajo, de una disnea cardíaca.

¿Cómo reconoceremos el origen de esta disnea? ¿Cómo hallar el corazón enfermo en medio de estas alteraciones gástricas? En la mayor parte de los casos nada es más fácil, teniendo cuidado de examinar atentamente el corazón, que el hallar la lesión primordial. Efectivamente, por regla general existen lesiones aórticas, estrecheces ó insuficiencias aórticas que es imposible desconocer.

Leared, en un trabajo publicado en el *Med. Times* en 1867, manifiesta que de ocho observaciones existía en siete una lesión aórtica, estrechez ó insuficiencia; en un solo caso existía una lesión mitral. Recordad luego que á menudo salen los enfermos del hospital sin haber sido auscultados. Leared refiere la historia de un cochero de ómnibus que, después de haber sido tratado por una dispepsia dolorosa, salió del hospital y cayó muerto del pescante. La autopsia demostró una insuficiencia aórtica y un estómago íntegro. Huchard refiere el caso de un hombre enfermo de *insuficiencia aórtica*, cuyo afecto cardíaco sólo se manifestó durante mucho tiempo por violentas perturbaciones gástricas; aquí, al menos, la enfermedad se reconoció antes de la muerte, que sobrevino después de ataques de angina de pecho, motivados por lesión aórtica y coronaria.

Ya veremos la leyenda de estas anginas de pecho llamadas de origen gástrico, en las cuales basta establecer el orden cronológico para reconocer, si es posible, la angina esclero-coronaria que motiva la muerte con pretexto de

un gastricismo, sin discrepar realmente en nada de las verdaderas anginas coronarias. Sin anticiparnos acerca de este encadenamiento de síntomas gástricos y cardíacos, debemos repetir con insistencia que se trata en la gran mayoría de gastricismos cardíacos de una lesión fácilmente accesiva á nuestros medios de investigación y sobrado á menudo desconocida por negligencia ó ignorancia culpables; acordémonos de estas insuficiencias aórticas fulminantes y hagamos mención también de los aneurismas aórticos, que sólo se revelan por gastricismos; un enfermo de Broadvent murió por rotura de un aneurisma, el médico olvidó la auscultación.

La dificultad real está en las miocarditis esclerosas ó fibro-grasosas, que ya de por sí se insinúan al principio como atonías gástricas y también como dispepsias químicas sin signos palpables. Estas miocarditis van unidas casi siempre á las arterio-esclerosis de las arterias en general ó de las coronarias especialmente; su fenomenología es siempre oscura, y se comprende en tal caso un error acerca del origen del gastricismo, pero no olvidamos el fenómeno dominante y tan precoz como la gastro-atonía; me refiero á la *disnea del trabajo*, á la cual se une luego la aritmia, dos fenómenos que no son para olvidados.

El diagnóstico causal de la atonía simple ó dispépsica es un poco más fácil si se la considera en las *hipertrofias* cardíacas que resultan también á menudo de la arterio-esclerosis; al menos aquí la percusión sobre todo y el examen físico pueden aportar datos útiles acerca del estado del corazón, y por consecuencia acerca del origen de las alteraciones gástricas.

Es notable que todos estos fenómenos digestivos se relacionan directa ó indirectamente con una cardiopatía arterial, sin podernos explicar el por qué. Por lo menos es cierto que las lesiones cardíacas aórticas favorecen el desenvolvimiento de las dispepsias simples ó atónicas, que no pueden referirse á perturbaciones circulatorias de la mucosa gástrica. Los alemanes atribuyen á la hiperemia pasiva todos los fenómenos retroactivos hacia el estómago y á los órganos abdominales; si es así, ¿de dónde dimana, pues, la inmunidad del estómago al principio de las afecciones mitrales, que ya sabemos tienen el privilegio de pro-

vocar éxtasis en los órganos abdominales? La hiperemia no explica la dilatación atónica ni las dispepsias químicas, que por otra parte sólo se presentan en un período avanzado de las afecciones cardíacas.

Antes de pronunciarse acerca de la patogenia de los afectos gástricos de origen cardíaco es menester fijarse en la naturaleza de las gastro-atonías. Estas se acompañan de hiperclorhidria, lo cual es dudoso, ó de una acidez normal, como lo he demostrado en algunos cardíacos que parecían gozar de un buen estado general, ó bien existe una dispepsia química con anaclorhidria, como lo he observado en algunos cardíacos que lo son hace tiempo. Estas cuestiones previas deben resolverse antes de tener derecho de juzgar el momento de producción de las diversas atonías; la influencia de la dificultad circulatoria, y aun de la composición de la sangre sobre las secreciones gástricas, no es todavía conocida.

Hay, sin embargo, una ley de fisiología que en este caso podría tener lugar, y es que las secreciones se sostienen siempre que hay aumento de presión en el sistema arterial general y en el de las glándulas en particular. En las cardiopatías arteriales la secreción es normal, lo propio que en todas las lesiones aórticas compensadas por la hipertrofia cardíaca; falta en las dilataciones del corazón y en las degeneraciones del miocardio. ¿Es así como puede explicarse la rareza de atonías dispépsicas en la insuficiencia del músculo y en las insuficiencias de la válvula mitral? ¿Es esta la causa de los afectos gástricos en los arterio-esclerosos? Si la observación ulterior confirma los datos relativos á la clorhidria regular de estos arteríticos la interpretación será exacta. He aquí hechos interesantes en su apoyo: En el último número del *Zeitschrift für Klinische Medizin*, Grossmann señala investigaciones interesantes demostrando que en las cardiopatías con éxtasis sanguíneo los alimentos presentan diferencias bajo el punto de vista de su absorción. Las féculas se absorben como de costumbre, aun cuando falten la bilis y el jugo pancreático (Muller); la absorción de los feculentos es la que menos se resiente. Los albuminoideos son menos indemnes; la grasa no se absorbe, perdiéndose tres veces más que en estado normal (18 : 100 en lugar de 5). Las consecuencias son más fáciles

de deducirse bajo el punto de vista del régimen. Bajo el aspecto doctrinal, confirma nuestras presunciones.

2.° *Gastricismo tardío.*—En los períodos adelantados ó no compensados de las cardiopatías el estómago está raras veces bien, y en este caso, á causa de los éxtasis abdominales, sobreviene anorexia, dolores estomacales durante la digestión; la absorción de los productos digestivos parece detenida, los enfermos palidecen, enflaquecen y caen en ese estado llamado *caquexia cardíaca*, acerca de la cual Gendrin y Peter han insistido tanto, invocándola hasta como causa de las hidropesías. Pero no es aquí donde está el peligro, no está aquí la causa de las infiltraciones; el empobrecimiento de la sangre y su supuesto estado hidrémico no bastaría para motivar el menor edema sin la ayuda de los obstáculos circulatorios; es la inanición general, la desnutrición de todos los tejidos, que compromete el funcionalismo de los órganos; el estado caquéctico es sólo el grado más avanzado de esta decadencia; se establece entonces un círculo vicioso, el estómago deja de digerir y la inanición que resulta provoca á su vez su impotencia funcional.

3.° *Crisis gástricas de los atáxicos cardíacos.*—Debemos señalar, á propósito del estómago cardíaco, otra serie de accidentes gástricos que bajo el nombre de *crisis gástricas* se observan en los tabético-cardíacos. Son ya conocidas ahora la coincidencia de las lesiones del corazón, y sobre todo las del orificio aórtico con la ataxia locomotriz, aunque desconozcamos el lazo de unión de afecciones tan distintas por su sitio y naturaleza, como son por un lado las lesiones del endocardio y por otro las medulares, ó mejor, según las investigaciones modernas, las neuritis periféricas que caracterizan la tabes; las discutiremos en estos casos singulares. Aquí sólo debemos señalar las crisis gástricas que sufren los tabético-cardíacos, ni más ni menos que los atáxicos, cuyo corazón lo está también. También en éstos domina el estado aórtico; la perturbación gástrica, cuyo origen está en el sistema central nervioso ó periférico, se caracteriza á menudo por una hiperclorhidria muy acentuada, que provoca, ó á lo menos acompaña, las violentas crisis dolorosas con ó sin vómitos. (*Rev. de cien. med. de Barcelona. Gazette des hôpitaux*, 25 junio de 1889.)

43.—Sobre los trastornos intestinales en los tuberculosos.

Por el doctor Potain.

Cuando la tuberculosis pulmonar se halla bastante adelantada se encuentran siempre, en la mayoría de los casos, lesiones tuberculosas en el intestino, al mismo tiempo que las lesiones comunes, cuyo papel durante la vida es difícil de deslindar.

Al principio aparecen trastornos dispépsicos de creciente importancia, presentándose luego diarrea y cólicos. En unos esta diarrea aparece desde el principio, cuando nada hace sospechar la lesión pulmonar, mientras que en otros no se presenta hasta el último día.

La diarrea suele preceder á la tos, y así como hay una dispepsia gástrica que antecede ó predispone á la tuberculosis, existe otra dispepsia intestinal que puede tener las mismas consecuencias, que como toda irritación local predispone á la invasión de dicha enfermedad.

Los síntomas se limitan al principio de la enfermedad á un aumento de frecuencia de las deposiciones, que son más blandas y dos ó tres al día, sin acompañarse de dolores. Muchas veces, sin embargo, todo vuelve por algún tiempo al estado normal bajo el influjo del tratamiento, aun de la simple higiene; mas á un momento dado la diarrea queda permanente, y entonces ya no se trata de simples deposiciones más líquidas, sino que éstas contienen elementos anormales, mucosidades intestinales bastante abundantes para conocerse con facilidad. Se las observa, sobre todo, cuando la lesión se extiende al intestino grueso, porque entonces ya no se mezclan con las materias fecales, sino que las recubren.

A veces se presenta sangre, aunque con poca abundancia; por regla general procedente de hemorragias intestinales que, sin embargo, en casos raros acarrea la muerte del enfermo. Las cámaras suelen presentar un color oscuro, y en ciertas condiciones un olor fétido particular á causa de la fermentación pútrida. Los dolores de vientre aumentan, éste se hace sensible y algunos enfermos padecen cólicos vehementes y verdaderos fenómenos disenteroides acompañados de tenesmo en cada defecación, y

hasta en los intervalos, extendiéndose en este caso las lesiones al recto.

En otros enfermos las lesiones afectan sobre todo el ciego, resultando los fenómenos de la tiflitis, que á veces se presentan ya al principio. La tiflitis recidiva entonces con la mayor facilidad, con porfía por decirlo así, y cuando el paciente se enflaquece, se debilita, se pone caquéctico, hay que sospechar la tuberculosis, aun cuando el pulmón esté intacto. Como complicación puede mencionarse la formación de abscesos en la ingle, el ombligo ú otra región cualquiera, que van precedidos de pequeños focos de peritonitis circunscrita. El absceso es simplemente de pus ó contiene también materias fecales, estableciéndose una fístula.

La diarrea de los tísicos ofrece mucha gravedad porque estorba la alimentación y contribuye directamente á la debilidad de los enfermos, siendo de temer como los vómitos.

Las lesiones de la enteritis tuberculosa son variables y se observan complejas en todos los individuos; el tubérculo evoluciona, por lo demás, en el intestino como en otras partes, se caseifica, se reblandece; la mucosa se perfora y el producto caseoso se evacua fuera, dejando una superficie ulcerada, cual sucede en las glándulas solitarias.

Los bacilos son difíciles de comprobar en las lesiones tuberculosas del intestino, pero existen sobre todo en los folículos cerrados, habiéndolos encontrado Girode en 25 de 29 casos. Se ha dicho que se encontraban en los folículos solamente cuando su epitelio estaba destruído, y que sin esto sólo se trataba de lesiones comunes. Resultará, pues, que la enteritis es anterior á los bacilos.

La enteritis tuberculosa se produce de diversas maneras. En la tuberculosis generalizada, el intestino puede afectarse al mismo tiempo que los demás órganos; mas en la mayoría de los casos no sucede así, sino que la inoculación se produce por inoculación local: cuando á un animal se dan de comer materias tuberculosas adquiere la enfermedad, predominando las lesiones en el intestino; pero esto se observa tan solo en 21 por 100 de los casos, aun cuando

la inyección haya sido muy prolongada. La enteritis tuberculosa puede explicarse, pues, por la deglución de los esputos, de modo que los tísicos deben evitar cuidadosamente el tragar sus propias expectoraciones. Esto es imposible de conseguir en los niños, y de aquí sin duda la frecuencia de la tuberculosis intestinal en la infancia.

El tratamiento de la enteritis de los tísicos ha de ser profiláctico y sintomático. En primer lugar debe educarse á los enfermos para impedir que degluten sus esputos, acostumbrándose á depositarlos en una escupidera con líquido y que se limpie con agua hirviendo. Debemos tener presente el peligro que ofrece la desecación de los esputos tuberculosos al aire libre.

Deben evitarse los alimentos que puedan contener bacilos, sobre todo la leche si no se tiene la precaución de hervirla; la ebullición es un medio seguro de desinfectarla.

El tratamiento curativo es difícil y penoso, sobre todo cuando la diarrea se hace colicuativa. Al principio se recurrirá ante todo á las prescripciones higiénicas, y escogiendo juiciosamente los alimentos se evitará toda fatiga para el estómago del enfermo. Aunque el cebado da á veces buen resultado no puede recomendarse como método general, sino que hay que tener en cuenta la capacidad digestiva de cada enfermo y escoger para cada uno los alimentos que más le convengan. Es precisa una buena masticación y debe encarecerse mucho, pues á pesar de que todo el mundo lo sabe todos lo descuidan. Por regla general se prescindirá de los alimentos que contienen mucha fibra, y se preferirán los purés y los feculentos.

Cuando todo esto no basta es preciso procurar cohibir la diarrea con los medios artificiales. La pancreatina puede ser útil para facilitar la digestión, y en muchos casos la he encontrado beneficiosa en cantidad muy pequeña, pues parece se trata tan sólo de encaminar á la digestión; puede añadirse el uso de los amargos.

El primer puesto entre los medicamentos propiamente dichos corresponde al tanino, que no tiene otro inconveniente que el de irritar un poco el estómago y de tener á veces un sabor detestable. El tanino preparado á beneficio

del alcohol no tiene este sabor y debe preferirse siempre en disolución bastante diluída al 2 por 100; una cucharadita (medio centilitro) de esta disolución contiene 6 por 100 de tanino, y deben administrarse de cinco á diez tomas y aun más al día en una tisana; pero los enfermos se cansan pronto cuando no ven un éxito inmediato, y en este caso puede recurrirse al catecú, ratania, quina, etcétera.

Cuando la acidez del estómago es exagerada es muy útil el agua de cal á la dosis diaria de 100, 150 á 200 gramos.

Un agente casi imprescindible es el opio, el sedante por excelencia; calma la irritación, modera la secreción y suprime el dolor. Cuando se quiera administrar por el recto conviene preferir el láudano, mientras que para darlo por la boca vale más recurrir á uno de los preparados antiguos, la triaca ó el diascordio. Los terapeutas antiguos pensaban evidentemente que cada una de las sustancias que entran en la composición de un preparado complejo conservaba su acción propia, escogiendo el organismo la que le hacía falta. Mas la triaca se compone de sustancias leñosas y de opio en estado de polvo: un gramo de triaca equivale á un centigramo de extracto de opio. La ventaja sobre el láudano consiste en que éste se absorbe en el estómago, mientras que el opio de la triaca llega al intestino, á lo largo del cual va desplegando su efecto. Además, el láudano produce muchas veces cierto grado de embriaguez narcótica que conviene evitar.

El diascordio es un poco más astringente, y se da muchas veces mezclado con el subnitrato de bismuto que obra por absorción. Finalmente, cuando predominan los fenómenos de flegmasía pueden ser útiles los revulsivos cutáneos, los embadurnamientos con la tintura de iodo, las cataplasmas sinapizadas y hasta los vejigatorios. (De una conferencia dada en el hospital de la Caridad de París, *L'Union médical*, 1889.)

44.—Sobre los antiácidos gástricos en la dispepsia ácida é irritacion estomacal con vómitos.

Por Sir William Roberts.

Empléanse los antiácidos gástricos en dos clases distintas de casos: en la dispepsia ácida y en una variedad de estados caracterizados por gran irritación estomacal, á menudo con vómitos, y que tratamos de corregir con la administración de la leche mezclada con agua de cal.

Antiácidos para la dispepsia ácida.—Todos sabéis que los que padecen dispepsia ácida tienen la costumbre de aliviar sus dolores con el uso de los antiácidos. En otra parte he dicho ya que la manera mejor de administrar los antiácidos en estos casos es en forma de pastillas, de modo que se disuelvan lentamente en la boca y mezcladas con la saliva pasen al estómago y modifiquen su mucosa. En la Farmacopea Británica sólo se encuentran dos clases de pastillas: las de *bicarbonato sódico* y las de *bismuto*. Las primeras contienen 25 centigramos de bicarbonato cada una, y aunque antiácidas eficaces, no son un ejemplo muy favorable del arte farmacéutico. Tienen un sabor jabonoso especial que hace la succión penosa, siendo ésta la razón de que no se hayan hecho populares entre los dispépsicos. Las pastillas de bismuto son indudablemente mejores, debiendo sus propiedades antiácidas á 18 centigramos de cal y 12 de carbonato de magnesia que contienen. Estas cantidades tienen un poder saturador igual á 0,50 centigramos de bicarbonato sódico, dosis suficientemente antiácida, con la ventaja de ser completamente insípidas. El subnitrato de bismuto, á que deben estas pastillas su nombre, no tiene propiedades antiácidas, siendo probablemente inerte; sin embargo, tiene un ligero sabor metálico y comunica á la respiración un olor desagradable, de modo que su presencia creo que más bien debe considerarse como un tributo al decadente arte polifarmacéutico que como una adición realmente útil. Estas pastillas están más generalizadas que las de bicarbonato, y me atrevo á proponer, puesto que el bismuto es innecesario en ellas, que se suprima en la próxima revisión de la Farmacopea Británica.

Además de estos artículos oficinales, se venden en las

boticas infinidad de clases de pastillas y tabletas para uso de los dispépsicos. Ninguna de las que he examinado reune las condiciones de una pastilla antiácida perfecta. Las tabletas comprimidas de carbonato de sosa, así como las llamadas de soda, aunque eficaces como antiácidas, tienen un sabor tan desagradable que no pueden chuparse sin asco, obligando generalmente á los que las usan á tragárselas en seguida sin que se impregne la saliva con ellas, que es lo conveniente en los dispépsicos. Algunas de las pastillas antiácidas que se venden en las boticas están cubiertas con polvos de regaliz ó de otra clase para disimular el gusto de la soda, los cuales tienen una gran tendencia á provocar acidez en el estómago, debiendo por lo tanto proscribirse. Con las sales alcalinas de Vichy se hacen pastillas muy agradables que suelen también venderse en las boticas, debiendo sus propiedades antiácidas principalmente al carbonato de sosa, y en parte también al carbonato de potasa y á los carbonatos de cal y magnesia. Contienen además una pequeña cantidad de cloruro de sodio que les comunica un sabor agradable. Estas pastillas tienen un poder saturador comparativamente débil; pero debido á sus cualidades estimulantes, provocan una abundante secreción de saliva alcalina que cura la acidez gástrica.

Respecto á los méritos comparativos de varios antiácidos empleados en la dispepsia ácida, obsérvanse ciertas diferencias. Los bicarbonatos alcalinos tienen un gusto nauseoso, y si se toman en exceso dejan un residuo alcalino en el estómago, lo cual es al menos anormal y quizás nocivo en un órgano que requiere la frecuencia de un ácido para ejercer sus funciones. Los carbonatos terrosos, por otra parte, son insípidos, y debido á su insolubilidad no pueden, cuando se toman en exceso, pasar del límite neutral. Quizás lo más conveniente sea variar y cambiar el antiácido de cuando en cuando.

Preséntase ahora la siguiente cuestión: ¿Existe algún peligro con el uso habitual de los antiácidos en la curación de la dispepsia ácida? ¿Modificarán favorablemente ésta á costa de algún detrimento futuro? Durante muchos años he tenido fija mi atención en este punto, mirando naturalmente con gran prevención una práctica tan artificial.

Pero á medida que he ido adquiriendo experiencia he deducido que con las precauciones debidas es inofensiva, al menos usando las pastillas de bismuto que prescribo desde hace ya bastantes años, pero sujetándome invariablemente á las siguientes reglas: No deben usarse durante ó cerca de las comidas (lo menos tres cuartos de hora ó una hora después del almuerzo y una hora ú hora y media después de la comida), ni de un modo regular ó sistemático, sino sólo cuando convengan, es decir, cuando esté perfectamente manifiesto el dolor gástrico; y por último, no deben seguirse usando si no se alivia el dolor con su empleo. Esta última observación nos lleva á la idea de que algunas veces una dosis antiácida es un útil medio de diagnóstico en casos de gastralgia. Suele ser imposible muchas veces decidir por los datos que nos suministran los enfermos cuál es la verdadera naturaleza de los dolores que experimentan, y entonces, si una buena dosis antiácida no da resultado, hay evidencia completa de que no son aquéllos debidos á la acidez gástrica.

Agua de cal con leche.—El agua de cal se usa como antiácida en una importante clase de casos graves. Según sabéis, es muy general, cuando el estómago no tolera los alimentos, administrar leche con agua de cal, y á menudo con excelente resultado. Pero en muchos casos los síntomas no desaparecen y la leche es vomitada en forma de grandes cuajarones, siendo esto debido únicamente á la débil propiedad antiácida del agua de cal, cuyo poder saturador es en realidad pequeño. Para conseguir una dosis antiácida eficaz se requieren dos grandes cantidades de agua de cal, las cuales son prácticamente imposibles. Seis onzas de agua de cal equivalen á una simple dosis antiácida ordinaria de greda ó bicarbonato sódico. He observado repetidas veces en casos alimentados con leche y agua de cal que el no aliviarse los síntomas era simplemente debido á la poca dosis antiácida, y cuando se sustituía aquélla por una solución de 25 á 50 centigramos por onza de bicarbonato sódico obtenía en seguida un resultado favorable, desapareciendo los vómitos de leche cuajada.

Se tendrá una útil noción de la potencia antiácida relativa de los diversos artículos comúnmente usados como antiácidos gástricos (según se venden en las boticas) ins-

peccionando la adjunta tabla. Tomamos como tipo de dosis antiácida 50 centigramos de bicarbonato sódico, y las cantidades dadas de otros artículos corresponden en valor saturador á esta dosis tipo. Los resultados se obtuvieron por determinaciones alcalimétricas directas, estando aquí representadas en números redondos.

TABLA DE EQUIVALENTES ANTIÁCIDOS

0,50 centig.	de bicarbonato sódico	—	0,60 centig.	de bicarbonato potásico.
»	»	»	— 0,30 »	de creta precipitada.
»	»	»	— 0,30 »	de carbonato de magnesia
»	»	»	— 0,15 »	de magnesia calcinada.
»	»	»	— 6 onzas de agua de cal.	
»	»	»	— 6 gramos de potasa líquida.	
»	»	»	— 1 pastilla de bismuto B. P.	
»	»	»	— 2 1/2 tabletas de soda de Wyeth.	
»	»	»	— 5 pastillas de Vichy.	

(De una comunicación dirigida á la Asociación Médica Británica por Sir William Roberts, 1888. *British Med. Journal*, agosto 17, pág. 374.)

AFECCIONES DE LOS ÓRGANOS URINARIOS

45.—Sobre los antiácidos renales para prevenir la formación del cálculo de ácido úrico.

Por Sir William Roberts.

El uso de los agentes alcalinos para prevenir la formación del cálculo de ácido úrico parte de una base tan racional como el de los antiácidos para la curación de la dispepsia ácida. Es químicamente imposible el que se deposite en estado libre el ácido úrico en una orina alcalina, y como disponemos del medio de hacer ésta inofensiva alcalinizándola, cuando queramos tenemos en nuestras manos, teóricamente al menos, el poder absoluto de prevenir la formación del cálculo de ácido úrico. Existen, sin embargo, muchas dificultades prácticas respecto á la manera de hacerlo. La disposición á padecer cálculos úricos tiene cierta persistencia, pudiendo durar con intermitencia semanas, meses y hasta años, y sería demasiado, tratándose de un tratamiento puramente preventivo, exigir que

un enfermo tome remedios antiácidos en dosis suficientes y con la conveniente frecuencia para mantener la orina continuamente alcalina durante tanto tiempo, ni es tampoco necesario. Un estudio de las oscilaciones normales de la orina en diferentes horas del día y de la noche demuestra que la propensión á la formación del cálculo úrico sólo llega á su intensidad morbosa durante poco tiempo en las veinticuatro horas. La precipitación del ácido úrico en los riñones puede sólo tener lugar cuando existan ciertas condiciones favorables. La secreción de orina debe ser lenta, pobre en constitutivos salinos, ácida ó de reacción hiperácida, y principalmente rica en ácido úrico. Ahora bien; dichas condiciones sólo coinciden en un período de las veinticuatro horas, ó sea durante las horas de sueño. Mientras se duerme la orina está hiperácida, y el tejido renal, debido al descanso é inamovilidad del cuerpo, está en tranquilidad casi absoluta. Además durante el día y las horas de trabajo la frecuencia de las comidas conserva la orina rica en principios salinos y con poca acidez ó perfectamente alcalina; la función renal se efectúa rápidamente y el descenso de la orina es favorecido por la fuerza de la gravedad. Durante estas horas, pues, el peligro de precipitación del ácido úrico es insignificante, aun en personas predispuestas; porque, según repetidas veces he tenido ocasión de observar, la orina de los sujetos calculosos muestra exactamente las mismas variaciones diurnas cíclicas que la de las personas sanas, aunque no siempre en un grado tan acentuado.

Dedúcese de estas consideraciones que sólo debemos cuidar la noche, pues el día por sí mismo se basta. Esta deducción teórica está perfectamente en concordancia con la experiencia del tratamiento del cálculo de ácido úrico. En los casos benignos, una simple dosis alcalina tomada al tiempo de acostarse basta para prevenir la reproducción de los dolores cólicos y la formación de concreciones de ácido úrico. Para este objeto parecen preferibles los citratos y acetatos á los bicarbonatos. Su efecto, tengo razones para creerlo, es más acentuado, durando más tiempo que el de los bicarbonatos. El citrato de potasa es de todas la mejor preparación, pues además de ser casi insípida sienta perfectamente al estómago. La dosis para un adulto no

debe bajar de 2 á 9 gramos, disueltos en 80 á 190 de agua.

En los casos más graves no basta una sola dosis, pues la primera orina de la mañana mostrará aún una disposición morbosa á precipitar el ácido úrico. Entonces debe darse una segunda dosis á media noche ó á las cuatro ó cinco horas de la primera, lo cual es más fácil en las personas calculosas que en las sanas, porque en aquéllas suele generalmente haber cierta intranquilidad ó insomnio y cierta irritabilidad de los órganos urinarios que aumenta la frecuencia de hacer aguas, siendo muy raro que puedan pasar toda la noche sin necesidad de vaciar lo menos una vez la vejiga.

Los casos de cálculos úricos no siempre, sin embargo, pueden combatirse tan fácilmente. De vez en cuando se observan algunos en quienes la perversión es tan grande que la orina puede depositarse durante todas las veinticuatro horas, no existiendo al parecer la alcalinidad normal después de cada comida. Bajo estas circunstancias se requieren dosis antiácidas adicionales para reforzar la prevención requerida. Pero, según he podido observar, estos estados extremos sólo duran poco tiempo (algunos días lo más), verificándose luego un retroceso á un estado de cosas menos urgente. Indudablemente es propiedad acentuada del cálculo de ácido úrico oscilar en intensidad (se presenta bajo la forma de paroxismos), imitando uno de los fenómenos de la gota. Por esta razón es conveniente observar frecuentemente el estado de la orina y determinar la mayor ó menor tendencia á depositar ácido úrico, de modo que la administración del antiácido puede ajustarse á las necesidades actuales del paciente. No hay gran dificultad para hacer esto.

Si cogemos en un frasco la primera orina de la mañana ó la excretada antes de comer, y la colocamos en un sitio caliente para prevenir la separación de los uratos amorfos, observaremos fácilmente la inminencia de la precipitación. Si ésta es morbosa, aparecerán cristales de ácido úrico en el acto ó una ó varias horas después. Si no es morbosa, no se formarán cristales durante varias horas ó quizás en dos ó tres días.

De este modo es posible determinar casi exactamente la

intensidad de la tendencia morbosa y regularizar la cantidad y frecuencia de la dosis antiácida ó decidir sobre su suspensión.

Lo esencial en el tratamiento profiláctico del cálculo úrico es evitar que se precipite la orina en el tejido renal, lo que conseguiremos prácticamente si podemos, no evitar la precipitación, sino retardarla hasta que la orina haya salido de los riñones.

Un retraso corto, de media hora por ejemplo, puede hacer que una precipitación dolorosa y peligrosa sea completamente inofensiva. Ahora bien; el efecto preservador del antiácido se extiende bastante por bajo del punto en que la orina se hace actualmente alcalina, porque aunque todos los ácidos urinarios de densidad media precipitan tarde ó temprano el ácido úrico, el tiempo en que se verifica esta precipitación está muy influenciado por el grado de acidez de la orina, y cuanto más ácida sea ésta más pronto tiene lugar aquélla y viceversa. Un efecto antiácido, pues, que es demasiado débil para hacer la orina actualmente alcalina, puede ser suficiente para disminuir su acidez hasta un grado tal que haga retrasar su precipitación hasta que haya salido de los riñones y quizás hasta de la vejiga. (*British Med. Jour.*, agosto 17, pág. 375.)

46.—Sobre el tratamiento de las nefritis agudas y subagudas.

Por el doctor Delafield.

En los casos muy leves no hace falta ningún tratamiento, fuera de la permanencia en la cama y el régimen líquido. Tampoco requieren intervención medicamentosa activa la fiebre, postración, inapetencia y vómitos de los casos más graves y la anemia, por más que sea conveniente prevenirla en lo posible; sin embargo, no debe combatirse con drogas antes de iniciarse la convalecencia. Solamente reclama un tratamiento activo la inflamación renal misma y los síntomas cerebrales debidos á la contracción de las arterias y al aumento de la tensión arterial.

Debe tenerse presente que en la nefritis la orina, aunque reducida en cantidad, es cualitativamente buena; que la secreción de la misma tiende á aliviar la congestión del órgano inflamado, que se halla así mejor que si descansara,

y que una reducción considerable de la orina es muy tolerable por una semana ó dos. Es verdad que en los primeros períodos de la nefritis con orina escasa se presentan convulsiones y coma, pero la anuria prolongada produce más bien un estado tifoideo. Por esto no hay que preocuparse mucho por la disminución de la orina; vale más aliviar en lo posible la congestión renal y poner así al órgano en estado de funcionar, para que de este modo pueda contribuir él mismo á descongestionarse. A pesar de continuar la nefritis puede ser amplia la secreción de urea.

La congestión renal puede aliviarse por cortos períodos aplicando calor á toda la superficie del cuerpo, ó ventosas ó fomentos sobre los riñones, dando frecuentes tomas pequeñas de calomelanos ó sulfato magnésico hasta conseguir deposiciones y administrando medicamentos que reduzcan la tensión arterial. A estos últimos debe recurrirse también en el caso de presentarse síntomas cerebrales (pequeñas dosis de hidrato de cloral, opio ó acónito).

El tratamiento ordinario que emplea el autor consiste en el reposo en cama, régimen líquido, loción diaria de la piel entera y administración del sulfato de magnesia, 4 gramos cada hora, durante dos días ó hasta conseguir la exoneración del intestino.

Con esto se ve disminuir en pocos días la cantidad de albúmina en la orina, el pulso resulta blando, la hidropesía desaparece, notándose en cambio un estado anémico. Entonces se sustituye la leche gradualmente con alimentos sódicos y se da hierro y oxígeno.

En la nefritis subaguda el funcionamiento de los riñones no es defectuoso por falta de cantidad de orina, que á veces hasta es excesiva, sino por la calidad de la secreción, disminuyendo cada vez más, á medida que la enfermedad continúa, la porción de las materias sólidas, y dependiendo los síntomas grandemente de los efectos de la nefritis sobre la composición de la sangre y la nutrición del cuerpo.

Anemia, hidropesía y pérdida de fuerzas son los síntomas predominantes. Los síntomas cerebrales pertenecen más á la forma crónica. En estos casos no puede esperarse la curación completa, pero frecuentemente se observan intermitencias y un curso muy lento. Las condiciones que reclaman medicación son: 1.°, la nefritis misma; 2.°, los

cambios nutritivos; 3.°, la hidropesía; 4.°, el estado arterial; 5.°, los síntomas cerebrales, y 6.°, los ataques agudos ó exacerbaciones.

Contra la nefritis, el mejor tratamiento es el aire libre en un clima caliente. En los climas fríos estos pacientes han de quedar en casa la mayor parte del tiempo. El régimen debe ser de alimentos sólidos y de grasa, evitándose el abuso de las aguas minerales y de la leche.

El opio y el cloruro mercúrico pueden ser provechosos. Contra la anemia se emplearán las inhalaciones de oxígeno, el hierro, el masaje y el alivio del estreñimiento. Cuando el buen arreglo del régimen, en cuanto á bebida y comida, junto con el tratamiento de la anemia, deja de aliviar la hidropesía, y ésta causa grave malestar, pueden emplearse las purgas, los sudoríficos y las punciones; mas esto será preciso solamente en casos desfavorables. Hay que tener presente que no puede convenir aumentar la secreción urinaria del paciente más allá de la proporción normal de 30 gramos diarios de urea. La cantidad de líquidos ingeridos no debe exceder de la de la orina emitida.

Según la experiencia de Delafield, no es conveniente aumentar la baja tensión arterial por medio de la digital ó del cornezuelo de centeno; en cambio, cuando la tensión arterial es aumentada, debe rebajarse inmediatamente, ya que el estado de las arterias y la excreción de la urea determinan, según parece, la gravedad de los fenómenos arteriales. (*Acad. de med. de New-York*, 7 marzo de 1889.)

47.—Observaciones sobre el tratamiento de la uremia crónica por la morfina, con dos casos.

Por Stephen Mackenzie, médico del Hospital de Londres.

[La Memoria del doctor Mackenzie empieza con la historia completa de dos casos, de los cuales reproducimos sólo lo más principal]:

Caso 1.°—Una mujer de treinta y ocho años, con nefritis crónica difusa, en quien la manifestación urémica más notable consistía en una disnea constante de carácter depresivo. Usáronse sin efecto alguno el nitrito de amilo, el alcohol, el amoníaco y el éter. Se observó que el hidrato de cloral, en dosis de 0,50 centigramos á 1 gramo en media

ó una onza de brandy ó whisky, daba buen resultado, disminuyendo ó cortando los ataques de disnea; pero ninguno de éstos, por graves que fueron, resistieron á una inyección hipodérmica de 1 centigramo de hidroclorato de morfina, de las que se hicieron tres con el mejor resultado, no observándose ningún efecto tóxico.

Caso 2.°—Una mujer de veintiocho años, con granulación renal en el último período y sufriendo muchas jaquecas, náuseas, insomnios y dificultad respiratoria. Usáronse con casi ningún resultado el cloral, el bromo, la nitroglicerina y las inhalaciones de aceite de enebro. Se dieron 10 gotas del licor de hidroclorato de morfina, obteniéndose siempre tal mejoría en todos los síntomas urgentes que estuvo catorce días diciendo ella misma que no la molestaba nada; pero al cabo murió, debido á los efectos combinados de la afección renal y un carbunco.

Dedúcese de estos casos que puede administrarse sin inconveniente alguno la morfina en el mal de Bright. Las dosis dadas en dichos casos fueron moderadas, pero suficientes para el objeto, habiéndose dado otras mayores en la uremia, según diremos luego. Este hecho (la administración sin inconveniente de la morfina en el mal de Bright) es de gran importancia, pues existe un temor arraigado de que el opio y sus alcaloides son nocivos en las afecciones renales. Es posible que haya fundamento para esta creencia, pero es igualmente claro que no sea exagerada. Sabido es que son necesarios nuevos estudios para explicar cómo, según comúnmente se cree, pequeñas dosis de opio y morfina producen síntomas narcóticos mortales en algunos casos de afección renal, mientras que en otros dosis idénticas, ó tres, cuatro y hasta seis veces mayores, son soportadas impunemente aun cuando existan síntomas de contaminación sanguínea. Los hechos, aunque á primera vista parezcan contradictorios, no son irreconciliables. Es posible que la morfina produzca el narcotismo más rápidamente en personas afectas de mal de Bright que en las sanas, y que al mismo tiempo en algunos casos de dicha afección pueda existir en la sangre un veneno que sea atenuado por la morfina, porque es un hecho que en estos y otros casos se ha dado la morfina, no sólo sin temor alguno, sino lo que es de mayor importan-

cia, con positiva ventaja, atacando los síntomas peligrosos y depresivos. Debo advertir que lo que me indujo á emplear la morfina en estos casos fueron los buenos efectos obtenidos por las inyecciones de dicha sustancia en casos de convulsiones urémicas, ocurriéndoseme que, como había hecho desaparecer algunos de los síntomas más graves de uremia, probablemente daría idéntico resultado en el tratamiento de otros fenómenos dependientes de la misma causa. El tratamiento fué satisfactorio, pero experimental. En terapéutica nos guiamos por uno de los dos principios (resultados experimentales, ó método empírico ó racional, ó método científico), y cuando descubrimos que un remedio da resultado, no estamos satisfechos hasta comprobar ó tratar de ver la razón de por qué lo da, pues todos creemos tener la razón. Habiendo, pues, observado, según otros anteriormente lo han hecho, que la morfina es útil en la uremia, trato ahora de explicar su *modus operandi* probable.

Créese ahora por la generalidad que: 1.°, la uremia es un envenenamiento del sistema nervioso, una toxihemia, 2.°, que el veneno se desarrolla en el cuerpo del paciente, autotoxihemia. Todas las recientes investigaciones tienden á probar que el veneno no es simplemente urea, por más que esta sustancia sea ciertamente venenosa. Todos los que se han ocupado desde hace tiempo de esta cuestión (Grainger, Stewart, Dickinson, Bartels y otros) están contestes en que el veneno no es único, sino que hay varios. Bouchard cree haber llegado á determinar la existencia de siete sustancias tóxicas distintas, combinadas todas en las proporciones más variables y bajo diferentes circunstancias; de dichas sustancias, dos producían las convulsiones, de las que una era la materia colorante, una (probablemente la urea) la diuresis, otra el narcotismo y las demás contraían la pupila, reducían la temperatura y provocaban la salivación. Hace derivar propiedades tóxicas de la orina de las cuatro fuentes siguientes: 1.ª, alimentos, y más especialmente el potasio que contienen; 2.ª, productos absorbidos de las descomposiciones intestinales; 3.ª, secreciones tales como la bilis, saliva, etc., y 4.ª, degeneraciones celulares.

Cree además que estas propiedades tóxicas de la orina

varían en clase y grado en las distintas horas del día y la noche.

Observaciones como las dirigidas por Bouchard, Feltz, Ritter y otros, si bien requieren más confirmación, sirven para explicar los varios síntomas de uremia en el mismo ó en diferentes enfermos de un modo imposible hasta hoy.

La uremia, pues, es un envenenamiento del sistema nervioso, y los venenos se forman en el cuerpo del paciente. ¿Cómo debe tratarse? Hay tres principios: 1.°, eliminar del organismo los venenos ya existentes; 2.°, contrarrestar el efecto de dichos venenos; 3.°, prevenir la ulterior formación de venenos. El tratamiento, para ser permanente, debe siempre dirigirse al primero y último de estos puntos. Lo primero lo conseguimos promoviendo la acción cutánea con baños de aire caliente, etc., y el uso de los diaforéticos, especialmente el jaborandi ó la pilocarpina, eliminando los productos nocivos y sus descomposiciones de los intestinos por medio de los catárticos y aumentando la secreción urinaria con diuréticos salinos y vegetales.

Para prevenir la formación y absorción de ulteriores venenos se reduce la alimentación nitrogenada, sometiendo al enfermo á una dieta exclusivamente láctea y contrarrestando la descomposición intestinal con ciertos medicamentos. Pero mientras tratamos de contrarrestar el efecto de los venenos y evitar su ulterior formación, puede nuestro enfermo sucumbir á los efectos de los que existan actualmente.

Aquí entramos en el segundo principio del tratamiento, es decir, tratar de contrarrestar la acción de los venenos, con lo cual no sólo disminuímos sus efectos sino nos permite ganar tiempo para llenar las otras indicaciones ya dichas. Así, en las convulsiones urémicas, la experiencia enseña que se obtienen resultados muy buenos con la administración de las inhalaciones de cloroformo y el cloral rectal ó internamente. La morfina ha sido usada más especialmente por los médicos americanos con el mismo objeto en estos casos, obteniendo brillantes resultados.

Se habrá observado que el síntoma más prominente en el primer caso, y el más depresivo también en el segundo, era la dificultad respiratoria (disnea úrica ó la llamada asma renal), la cual en su forma típica no es un síntoma muy co-

mún de uremia, aunque según mi experiencia no es tan rara como el doctor William Roberts cree. Esta disnea urémica merece alguna atención. Generalmente suele presentarse rápida ó repentinamente por la tarde ó al anochecer, y suele ser muy intensa; dura algunas horas, desapareciendo gradualmente por la mañana para volverse á presentar por la noche. He visto casos de éstos diagnosticados de asma ordinaria sin sospecharse su origen renal. Desde hace tiempo he observado que cuando se examina un caso de éstos al principio del ataque, es decir, durante las primeras noches, sorprende el poco ruido que se percibe, mientras que en el asma bronquial se oyen grandes estertores mucosos. El doctor Caster ha observado también esto mismo. Más avanzado ya el ataque se oyen estertores y crepitaciones que indican la existencia del edema en los pulmones, y para esta disnea urémica especialmente fué para la que se prescribió la morfina. Desde hace algunos años tengo la costumbre de usar en estos casos, además de las medidas indicadas en los principios 1.° y 2.°, el nitrato de amilo, la nitroglicerina, el cloral con ó sin alcohol, el amoníaco y el éter, las inhalaciones de aceite de enebro, la cura de Hinrod, el cloroformo, etc. Recientemente he visto, con el doctor W. Y. Mackenzie, de Liverpool-road, Islington, uno de los peores casos de disnea urémica de mi larga práctica. Prescribí pequeñas dosis de nitroglicerina repetidas con frecuencia, y si no daba ésta resultado la morfina. La disnea, según después supe, se mejoró notablemente con la nitroglicerina. Debe tenerse en cuenta que la morfina no fué prescrita en los casos descritos hasta después de ensayar sin resultado varias de las sustancias arriba mencionadas. La mejoría producida por la morfina fué sumamente rápida en cada ataque. Yo creo que todos los síntomas de la disnea urémica, su periodicidad, aparición repentina y curación por los antiespasmódicos dependen de una neurosis espasmódica debida al envenenamiento de los centros nerviosos. El doctor Caster cree, y con él yo, que el espasmo es más bien de los vasos sanguíneos que de los tubos bronquiales, fundándose en la ausencia de signos auscultatorios al principio del ataque, y yo opino además que el edema pulmonar consecutivo es otro punto en favor de la teoría de dicho doctor. La alta tensión arterial debida al espas-

mo de las arteriolas y capilares, á la cual atribuyen Traube y el doctor Brardbeut tanta importancia en la uremia, la gran rapidez de la acción cardiaca, la cianosis y el sudor viscoso observados en el caso 1.°, todo está en favor de esta explicación. Si efectivamente es así, entonces, según el doctor Caster dice, debemos hacer todo lo posible por descubrir pronto un antagonista fisiológico capaz de contrarrestar el espasmo y curar la disnea de un modo rápido, permitiéndome yo decir que así es como actúa la morfina al curar la disnea en la afección de Bright, neutralizando el veneno, cualquiera que sea el que cause el espasmo de las arteriolas pulmonares ó bronquiales.

La jaqueca y las convulsiones son síntomas muy comunes de la uremia, observándose el primero en ambos casos descritos. La causa inmediata de ellos ha sido muy discutida. Hay gran probabilidad en favor de que el espasmo arterial sea la causa excitante inmediata de cada uno, lo cual indudablemente no explica la patogenia de la jaqueca ó epilepsia, porque la causa del espasmo de las arteriolas es ulterior. En la uremia sabemos que existe un veneno ó venenos en la sangre, así como tenemos la evidencia de la existencia del espasmo de los casos sanguíneos, de modo que podemos relacionar la causa con su efecto, y creo que está justificada la creencia de referir la curación de la jaqueca, así como la de la disnea, á la influencia de la morfina neutralizando el veneno.

En mis casos no había convulsiones urémicas, pero creo también en su curación por la morfina, neutralizando el veneno que excita el espasmo de las arteriolas de la corteza cerebral, que es el substrátum anatómico de los fenómenos motores. Según ya he dicho, cuando empleé la morfina en los casos descritos, sólo había leído breves reseñas de la experiencia del doctor Loomis y otros en el tratamiento de las convulsiones urémicas. Después he consultado la Memoria original de dicho doctor Loomis, publicada en el *New-York Medical Record* de 1873, pág. 365, encontrando algunos curiosos casos que demuestran, no la seguridad, sino la ventaja en el empleo de la morfina en el tratamiento de las convulsiones y otros síntomas urémicos, algunos de los cuales existían en mis casos. El doctor Loomis, escribiendo sobre el empleo de la morfina «cuando

existen síntomas premonitores de uremia aguda, así como durante las manifestaciones activas de intoxicación urémica», dice: Su administración, siempre que la he usado, ha ido uniformemente seguida de buenos resultados, no registrando ni un solo caso en el que haya causado el narcotismo mortal. Loomis, indudablemente, ha demostrado la seguridad de sus convicciones, porque ha dado una dosis de 2 $^1/_2$ centigramos de morfina á un enfermo en completo coma, y lo que es más notable é importante, obteniendo la curación de dicho estado. Skanzoni parece fué el que primero usó la morfina en las convulsiones urémicas, y el doctor Loomis dice que la primera vez que la empleó él fué sugestionado por el doctor Metcaef. El doctor Loomis y sus imitadores han administrado la morfina en dosis de 2 $^1/_2$ á 5 centigramos en inyecciones hipodérmicas. Muy recientemente, el doctor Alfred Grace ha publicado dos casos de convulsiones puerperales curadas con morfina. En el primero dió una inyección hipodérmica de 5 centigramos de una vez y después otra de casi la misma cantidad. En el segundo caso se administró sólo una inyección de 5 centigramos de morfina. Ambos casos curaron perfectamente. Purdy recomienda se empiece por medio centigramo, y dice: «La utilidad y seguridad de la morfina en la uremia hállase exclusivamente limitada á los síntomas convulsivos. Su empleo es impropio en el estado de coma puro ó uremia crónica no acompañada de convulsiones». Los casos registrados por el doctor Loomis, así como los míos, niegan en absoluto esta última aseveración. Mi colega y amigo el doctor Ralfe, en el *Anuario Terapéutico* de 1889, dice que en uno de sus enfermos de granulación renal con hidropesía y ascitis la inyección subcutánea de medio centigramo de morfina curó completa y rápidamente un ataque persistente de disnea renal que había resistido á otros medios, no siendo necesario repetir la dosis. Pero el doctor Loomis recomienda la morfina, no sólo para combatir los síntomas peligrosos y depresivos, sino para obtener aún mayor beneficio. Escribiendo sobre la inyección hipodérmica de morfina en estos casos, dice: «El efecto casi constante de la morfina así administrada es: 1.°, detener el espasmo muscular, contrarrestando los efectos del veneno urémico sobre los centros nerviosos; 2.°, provocar una dia-

foresis profusa; 3.°, facilitar la acción de los catárticos y diuréticos, y más especialmente la acción diurética de la digital».

Creo he dicho bastante para justificar el ensayo ulterior de la morfina en la uremia; pero al recomendar su empleo no excluyo otros remedios de reconocida utilidad en el tratamiento de la afección de Bright y la uremia consecutiva. Lo dicho demuestra que á pesar del temor que se tiene al opio y sus alcaloides en la afección renal, puede en casos apropiados emplearse con seguridad de aliviar los estados depresivos que solemos observar en dicha afección. No recomiendo su uso inmoderado, sino teniendo siempre presente la susceptibilidad del enfermo á los efectos tóxicos del opio. Indudablemente en los casos descritos produjo una sensible mejoría, y aunque sólo pudo obtenerse una influencia paliativa y no curativa, fué debido á que en esos casos, por su naturaleza é intensidad, no podía esperarse otro resultado. En casos menos avanzados, en los que los riñones sean capaces de normalizarse, pueden esperarse y se han obtenido ya mejores resultados. (*Lancet*, agosto 3 y 10, páginas 209 y 263.)

48.—Sobre las neuralgias vesicales

Por el doctor Hartmann.

Hasta aquí la cuestión de las neuralgias vesicales idiopáticas ha permanecido bastante oscura, por haberse incluído con este nombre otras muchas afecciones. El autor de la Memoria que extractamos prueba que muchas observaciones publicadas, como cistalgias, neuralgias del cuello, contractura reumática, etc., no son sino cistitis tuberculosas incipientes. Por otra parte, el nombre de cistalgia, empleado por el médico con tanta frecuencia, sólo sirve á menudo para ocultar la carencia de diagnóstico. Se contenta con decir que el enfermo sufre de la vejiga. Es necesario, por lo tanto, conocer las condiciones en que se muestran las neuralgias verdaderas de la vejiga.

Según sus causas, se deben dividir en dos grupos: neuralgias idiopáticas y neuralgias sintomáticas. Son las primeras aquellas cuya causa no está bien definida por una lesión claramente determinada, y de la cual dependen in-

mediatamente los síntomas vesicales. Las segundas son, por el contrario, la manifestación vesical de una lesión anatomo-patológica indiscutible que puede ocupar, bien el sistema nervioso, bien un punto cualquiera del árbol, ora cualquier otro órgano cuya lesión dé lugar por una especie de acción refleja á los síntomas de la neuralgia vesical.

La neuralgia idiopática, en oposición á las neuralgias en general, se encuentra más á menudo en el hombre que en la mujer, y entre sus causas predisponentes la única importante y que se encuentra en casi todos los enfermos es el estado neuropático. Las sintomáticas dependen de una lesión bien establecida, ora del sistema nervioso, ora del aparato urinario, ora de los órganos inmediatos (útero y recto en particular).

Las neuralgias dependientes del sistema nervioso, más frecuentes, son las debidas á la ataxia locomotriz; á ella pueden referirse gran número de neuralgias ano-vesicales descritas por los antiguos. Se han descrito crisis neurálgicas análogas en diversas afecciones cerebro-espinales y especialmente en la parálisis general (Verneuil).

Respecto á las neuralgias en relación con lesiones de otros órganos, debemos indicar ante todo las que dependen de lesiones de los riñones, enfermedad quística, abscesos, cálculos, aun cuando la vejiga no esté afectada. Tales son también la estrechez del meato, los pólipos uretrales en la mujer, las lesiones de la uretra profunda y de la próstata, las de la vejiga; pues una cistitis muy ligera, bien soportada por un individuo sano, será, por el contrario, el punto de partida de una neuralgia vesical en un hipocondriaco; por último, las lesiones del útero, metritis, desviaciones uterinas, fibromas, atrepsias del cuello, pueden determinarla, pero con la condición de que la mujer sea neuropática. Las neuralgias procedentes del ano ó del recto son generalmente admitidas; pueden depender del acúmulo de materias fecales en el recto, de la presencia de ascárides, de fístulas anales, etc.

Bajo el punto de vista sintomatológico, la neuralgia vesical varía mucho con las causas que le dan origen. Sin embargo, de un modo general, cuando está constituida únicamente por fenómenos dolorosos, lo que es sumamente raro, se produce, ora un dolor fijo continuo, ora de verda-

deros accesos, separados por intervalos de indolencia casi completa y caracterizados por dolores sumamente vivos, que parten de la región de la vejiga para transmitirse á lo largo del pene hasta el extremo del glande. En la mujer, estos dolores invaden las partes de la vulva inmediatas al meato urinario. Los accesos dolorosos son á menudo determinados por cambios de tiempo: la impresión del frío, el coito, los excesos en la mesa, la fatiga física y hasta las impresiones morales vivas. Lo más á menudo, la micción tiene gran influencia sobre la producción de estos dolores, que con frecuencia no aparecen sino ocasionalmente y pueden ser sobre todo intensos al principio y al fin del flujo de orina.

Casi siempre la neuralgia va acompañada, primitiva ó secundariamente, de síntomas funcionales que afectan el aparato muscular del cuerpo ó del cuello de la vejiga, y hasta en muchos enfermos los trastornos de la micción pueden existir solos mucho tiempo antes de que aparezcan los dolores característicos de la neuralgia.

Estos trastornos consisten, sobre todo, en un estado de irritabilidad vesical que produce una polakuria mayor ó menor; las necesidades son frecuentes é imperiosas, y á veces hasta se producen verdaderas crisis de contracturas con flujos de orina continuos y gota á gota.

Lo que choca en todos los enfermos de neuralgia vesical es el contraste que existe entre los síntomas funcionales y los resultados que da el examen físico de la vejiga. Cuando las micciones son más frecuentes y los dolores excesivos, el examen directo no revela generalmente más que una sensibilidad un poco exagerada de la región membranosa. La vejiga ha conservado su profundidad normal, se la distiende fácilmente por medio de una inyección y su capacidad fisiológica no está en manera alguna disminuída. Las presiones ejercidas, ora sobre su cara interna por la bola del explorador, ora sobre su cara externa por la palpación hipogástrica ó por el tacto rectal, no provocan ningún dolor. Esta apreciación tiene gran valor bajo el punto de vista del diagnóstico.

Tales son en general las neuralgias idiopáticas; en cuanto á las sintomáticas, son de un aspecto más variable todavía. En general bastante benignas, no determinando más que

la frecuencia diurna de las micciones cuando están ligadas á una afección uterina, pueden, por el contrario, presentar gran intensidad en algunos casos, en particular cuando son determinadas por lesiones renales. Pero las más violentas pertenecen á los tabéticos y á los que Guyón da el nombre de neurálgicos.

El pronóstico de la neuralgia sintomática varía con la causa que la ha dado origen; en cuanto á la idiopática, su pronóstico no es grave sino por la duración.

El tratamiento de la neuralgia consiste sobre todo, de una parte, en los medios locales, que son el paso de candelillas que deben obrar solamente por contacto, no por distensión; las inyecciones intravesicales, tibias primero, frías después, y las duchas perineales ó hipogástricas. El tratamiento general tiene más importancia todavía; consiste en el empleo de las aguas termales, de los calmantes, de un régimen regular, con abstinencia completa de alcohol, y en los neurópatas, que son los más numerosos, hay que atacar metódicamente el sistema nervioso. Se suprimirán todos los excitantes, así como las sustancias que hagan constantes las orinas, prescribiéndose los alcalinos, el ácido benzoico y los diuréticos. En algunos casos se podrá ensayar la galvanización del centro genito-espinal. (Extractado de la *Revue de Chirurgie*, 10 de abril.)

49.—Sobre el empleo de la cocaína en la diabetes.

Por Thomas Oliver, doctor en Medicina de Newcastle-on-Tyne.

En el curso de la diabetes no es raro observar que desaparece la glicosuria al desarrollarse una afección acompañada de exacerbaciones febriles. Hacia la terminación de la diabetes, cuando la tisis está completamente desarrollada, observamos frecuentemente que desaparece el azúcar de la orina cuando se eleva la temperatura. Una temperatura alta, ó quizás, hablando más correctamente, el estado que causa la elevación termal, es así seguido de una alteración de la función glicogénica del hígado. ¿Es posible que la diabetes puede causarse así? He aquí un caso que hace suponer esta probabilidad. Un caballero de esta vecindad ha estado durante varios meses sometido al tratamiento contra la diabetes. Desoyendo el consejo del mé-

dico fué á las carreras de caballos un día muy frío, donde se enfrió, sintiendo poco tiempo después un escalofrío, al que siguió una neumonía típica acompañada de gran elevación de temperatura. Analizóse la orina, y no sólo no se encontró entonces azúcar en ella, sino que no se la volvió á ver en un año, durante cuyo tiempo se restableció el enfermo, hallándose hoy en perfecta salud. De la observación de estos hechos parece deducirse que el empleo de medicamentos de la clase de los pirogénicos deberá ir seguido de buenos resultados en el tratamiento de la diabetes. He aquí la razón de ensayar la cocaína en el siguiente caso.

C. H., de cuarenta y tres años, mueblista, fué admitido en la enfermería de Newcastle el 15 de mayo con diabetes de cinco meses de duración. La madre murió en un manicomio á la edad de cincuenta años, y el resto de la familia tenía buenos antecedentes. Cinco meses antes de su admisión observé que orinaba demasiado y que la sed y el apetito eran excesivos. Su piel está seca, observándose en ella algunas manchas de psoriasis. Excepto una respiración débil en los vértices, nada anormal se observa en los pulmones. El corazón está sano. En el abdomen no hay nada anormal; sin embargo, su marcha es la del atáxico. Al andar se balancea de uno á otro lado, y dice que siente como si el piso se hundiera debajo de sus pies; tiene vértigos y se queja de embotamiento en los brazos y manos. Sin embargo, cuando cierra los ojos no se cae. Existe el reflejo rotuliano, pero responde lentamente. Las pupilas están normales y cuando se despierta durante la noche ve varios objetos de un color especial. La temperatura es normal. Excreta diariamente ocho cuartillos de orina ácida sin albúmina y con un peso específico de 1.034. La cantidad de azúcar varía de 6.000 á 7.000 gramos diarios. Quéjase de estreñimiento pertinaz, no moviendo sus intestinos en seis ó siete días aun cuando se empleen fuertes purgantes y enemas. Al principio le administré la codeína, cuya dosis fuí aumentando gradualmente, observando que la cantidad de orina excretada ascendía á cuatro cuartillos y la cantidad de azúcar á 4.000 gramos. A pesar de esta disminución en las cantidades de orina y azúcar diariamente eliminadas no se notó gran mejoría general, subsistiendo los mis-

mos síntomas, en vista de lo cual determiné ensayar la cocaína, de la que le di tres veces al día una dosis de un centigramo. Hasta entonces, uno de los síntomas más difíciles de tratar en este caso había sido el estreñimiento pertinaz, que no cedía, según hemos dicho, ni á los purgantes más fuertes; pues bien, á los pocos días de tomar la cocaína cedió, haciendo ahora una ó dos deposiciones diarias sin dificultad alguna. También desaparecieron completamente sus ilusiones nocturnas. Por el examen oftalmoscópico. mi colega el doctor Williamson descubrió la existencia de una mancha de coroiditis en el lado interno del disco del ojo izquierdo, cuyo disco y lente estaban normales. Su temperatura en este período oscilaba entre 36 y 37°. Al pesarse, el 29 de abril, se vió que había ganado seis libras, siguiendo sus intestinos funcionando perfectamente. En mayo, parece que seguía mejorando. La cantidad de orina variaba de tres á cuatro cuartillos diarios y la de azúcar de 1.100 á 3.000 gramos. Las ilusiones nocturnas no han vuelto, comiendo y durmiendo bien. También han desaparecido los vértigos y el movimiento especial cuando andaba, así como una sensación dolorosa de fatiga muscular de que se quejaba antes. En lugar del estreñimiento, movía ahora los intestinos algunas veces hasta dos ó tres veces al día. En esta época, es decir, diez días después de la última visita, el enfermo orinaba de tres á seis cuartillos de orina y la eliminación diaria de azúcar era de 1.130 gramos. La gravedad específica de la orina era próximamente de 1.020. Creyendo que la cocaína actuaba demasiado sobre los intestinos la suspendí, pero en cuanto lo hice la cantidad de orina excretada ascendió á cuatro ó cinco cuartillos, diarios y la cantidad de azúcar eliminada á 3.900 gramos. Desgraciadamente entonces, cuando todo al parecer iba bien, salió imprudentemente al jardín y se enfrió, viéndose en la necesidad de meterse en la cama con tos y algunos estertores de roce en la base y parte anterior del pulmón derecho. No se volvió á prescribir la cocaína, porque los síntomas pectorales llamaban más nuestra atención. Los pies y manos se pusieron edematosos y la cantidad de orina excretada descendió á un cuartillo diario. Más tarde se descubrió albúmina en la orina, pero solo unos cuantos días. Les estertores eran ahora más gene-

rales, mucosos, con crepitación en el vértice izquierdo y deroce en todo el pulmón. La temperatura oscilaba ahora entre 37 y 38°. Con la administración de pequeñas dosis de digital la hidropesía de los pies, piernas, manos y escroto desapareció, aunque el abdomen contenía una considerable cantidad de líquido. Ultimamente murió de síncope.

En la autopsia se encontró el pericardio y abdomen llenos de líquido. La sustancia cardíaca estaba edematosa. La pared del ventrículo izquierdo estaba engrosada y las válvulas normales. Había una cavidad en el vértice del pulmón izquierdo y otras más pequeñas y nódulos tuberculosos esparcidos por los pulmones, que estaban edematosos. El hígado pesaba 38 onzas, notándose numerosas manchas blancas del tamaño de cabezas de alfileres sobre su superficie y que indudablemente eran tubérculos miliares. Los riñones estaban pálidos y contenían pequeños nódulos iguales á los del hígado. El bazo estaba normal. La duramadre estaba normal, pero había derrame subaracnoideo de una materia lechosa. Al seccionar el cerebro se encontró pálido, pero en lo demás normal. Cada ventrículo lateral contenía una ó dos cucharaditas de serosidad. Los vasos de la base, en la fisura de Silvio, estaban normales. El cerebelo estaba normal. Los puntos interesantes en este caso respecto á la administración de la cocaína son: desaparición total del estreñimiento pertinaz, que no cedía á los purgantes más fuertes; del andar atáxico; de las ilusiones y sensación muscular de fatiga; vuelta de la fuerza y salud normal, asimilando bien los alimentos; marcada disminución en la cantidad de orina excretada, reducción apreciable de su gravedad específica y disminución acentuada en la eliminación diaria de azúcar. (*Lancet*, octubre 12 de 1889, pág. 735.)

CIRUGIA

AMPUTACIONES, FRACTURAS, DISLOCACIONES

Y AFECCIONES DE LOS HUESOS, ARTICULACIONES, ETC.

50.—Sobre el método de Kocher para reducir las dislocaciones subcoracoideas del húmero.

Por A. Charles Powers, cirujano del Departamento de externos del Hospital de New-York.

[Por falta de espacio omitimos los casos del doctor Powers, una interesante relación de la discusión entre Kocher y Farabœuf y algunos experimentos hechos por el primero en el cadáver, relativos á la importancia del ligamento coraco-humeral para determinar la variedad de dislocación, así como numerosas referencias de escritores y otros cirujanos sobre el método de Kocher.]

En el *Berliner Klinische Wochenschrift*, de febrero de 1870, el profesor Theodor Kocher, de Berna, fué el primero que publicó los resultados de sus observaciones cadavéricas respecto al mecanismo de esta dislocación y el que dió al mundo médico el plan más lógico y científico para su reducción. Su teoría se basa en obtener ésta abriendo la cápsula y relajando sus porciones intactas sin emplear la fuerza.

Cuando la cabeza del hueso pasa de la cavidad glenoidea por bajo de la porción coracoidea, desgarra la cápsula en su parte inferiór é interna. La desgarradura se extiende á la inserción del tendón del subescapular, lacerando algunas de sus fibras. En la cápsula la tensión es mayor en su parte superior, entre el tendón del biceps y el borde superior del subescapular. La porción posterior de la cápsula

y tendones que la refuerzan están preservados y extendidos á través de la cavidad glenoidea. En el punto de mayor tensión la cápsula está reforzada por el ligamento coraco-humeral.



Fig. 4.

Cuando en un caso dado de luxación subcoracoidea el brazo está retraído y muy vuelto hacia afuera, la desgarradura del ligamento capsular se abrirá extensamente; pero como las partes superior é inferior de la cápsula están todavía tersas, la cabeza del hueso queda fuertemente adhe-

rida al borde anterior de la cavidad glenoidea. Sin embargo, si el brazo es llevado hacia adelante y arriba sobre el pecho, la parte superior de la cápsula se relaja; pero la inferior, estando aún tersa, sirve de punto de apoyo sobre el



Fig. 2.

cual la cabeza del hueso gira, deslizándose así dentro de la cavidad.

El profesor Kocher hace esta reseña anatómica con el objeto de formular el siguiente procedimiento para la reducción de un húmero cuya cabeza descansa debajo de la porción coracoidea.

Fig. 1.—Primer movimiento: El codo es doblado hacia el cuerpo y empujado hacia abajo. (El brazo y la muñeca son fuertemente cogidos, según se ve en la figura.)

Fig. 2.—Segundo movimiento: El brazo es vuelto hacia



Fig. 3.

afuera hasta encontrar resistencia. (Prácticamente, hasta que el eje mayor del antebrazo se dirija bien hacia afuera.)

Fig. 3.—Tercer movimiento: Sosteniéndose la rotación externa del brazo, se lleva el codo hacia adelante y arriba sobre el pecho.

Fig. 4.—Cuarto movimiento: La mano es colocada sobre el hombro sano.

Supongamos que el hombro izquierdo es el lesionado.



Fig. 4.

Siéntase al paciente y el cirujano se arrodilla á su lado. Con la mano izquierda coge el brazo de aquél por encima del codo, y sujeto el brazo en ángulo recto, coge fuertemente la muñeca con la mano derecha y se dobla el codo sobre el cuerpo, para lo cual utiliza la palanca que propor-

ciona el antebrazo, y hace girar el brazo hacia afuera hasta que encuentre resistencia (prácticamente, hasta que el antebrazo hace un ángulo de 90 grados con el plano antero-posterior del cuerpo). Después, con el brazo aun fuertemente vuelto hacia afuera, se lleva el codo para arriba y adelante, por su plano sagital, sobre el pecho, y finalmente se vuelve el brazo hacia adentro y se coloca la mano del paciente sobre el hombro opuesto.

Yo recomiendo practicar este método poniendo al paciente de espaldas, con ambos hombros descansando sobre una mesa dura, y como siempre hay gran tendencia á volver el cuerpo del lado afectado durante la rotación externa del brazo, creo que es conveniente que un ayudante sujete y deprima bien el hombro opuesto. Es también útil que la adducción del codo en el primer movimiento vaya acompañada de tracción hacia abajo.

Las figuras 1, 2, 3 y 4 explican la manipulación.

Su empleo en el Hospital de Chambers Street de New-York.—En 1883 tuvo el doctor William T. Bull, cirujano del hospital, noticias de este método; bajo su dirección se empezó su empleo. El primer caso fué el de un hombre de sesenta años que se presentó él mismo en el hospital el 3 de marzo de 1883. La porción subcoracoidea del húmero fué tan rápida y fácilmente vuelta á su cavidad normal, que produjo gran sorpresa en todos los que lo presenciamos. Desde entonces sólo se ha usado este método, abandonando los demás. Los resultados de los seis primeros meses fueron publicados por el doctor Charles A. Jersey en el *New-York Medical Journal* del 23 de septiembre de 1883, bajo el epígrafe de «Veintiún casos de dislocación subcoracoidea del húmero reducidas por el método de Kocher». En 17 de los 21 casos la reducción se efectuó al primer intento, y en los otros 4 el hueso volvió á su posición normal al segundo, tercero, cuarto ó quinto intento respectivamente. En ningún caso se usaron los anestésicos.

Durante los cinco años correspondientes hasta el 1.° de octubre de 1888 se han registrado 173 casos de dislocaciones del húmero en los libros de dicho hospital, de los cuales 44 fueron subglenoideos y 129 subcoracoideos. Los resultados del tratamiento en estos últimos casos fueron como sigue:

Sin éter.—El método de Kocher dió resultado,	al 1.er intento,	en	98
— — —	al 2.° —		6
— — —	al 3.° —		8
— — —	al 4.° —		1
— no dió resultado, dándole con él al	1.er —		6
— La tracción en ángulo recto dió resultado en.			5
— El pie en la axila dió resultado en.			1
— La cabeza, girando hacia afuera demasiado, resbaló dentro de la axila, reduciéndose entonces como si fuera axilar en..			
No se ensayó el método de Kocher, dando resultado la tracción en ángulo recto en.			3
			129

Vemos, pues, que de los 126 casos en que se empleó el método, dió resultado en 98 casos, ó sea el 77 por 100 al primer intento y sin auxilio de ningún anestésico. (*New-York Medical Record.* marzo 30 de 1889, pág. 337.)

51.—Sobre el uso de la anestesia mixta y de las mezclas tituladas como medios de evitar ó atenuar los accidentes de la anestesia.

Por el doctor Arloing.

Los accidentes producidos por la anestesia pueden dividirse en dos grandes grupos: los accidentes de naturaleza refleja y las intoxicaciones.

Los accidentes de naturaleza refleja tienen lugar, bien al principio de la anestesia, es decir, en las primeras inhalaciones, bien algo más tarde, cuando la anestesia invade los centros nerviosos bulbares, y en ambos casos producen por mecanismos diferentes síncopes ó apneas.

Las intoxicaciones se producen más tarde, cuando la anestesia se prolonga, es decir, cuando los centros nerviosos están saturados del anestésico, presentándose entonces apneas adinámicas seguidas de la detención del corazón en un espacio de tiempo más ó menos breve.

Todo medio capaz de embotar previamente la sensibilidad del sujeto disminuirá su actividad refleja y dará por resultado: 1.°, disminuir las probabilidades de los accidentes de naturaleza refleja; 2.°, evitar los fenómenos de excitación, indirectamente en este caso, puesto que nos permitirá disminuir la dosis del anestésico. Estas ideas teóricas se han confirmado accidentalmente por Cl. Ber-

nard, Nussbaum y otros, inyectando morfina para prolongar los efectos de la anestesia clorofórmica; estando demostrado por experiencias y estudios posteriores que la morfina, embotando á la vez el sistema moderador cardíaco y la excitabilidad del cerebro, disminuirá los temores del síncope, al propio tiempo que por su acción vaso-dilatadora ayuda y facilita la difusión rápida de la anestesia en la masa encefálica. Finalmente, la analgesia producida por la morfina nos permitirá disminuir la dosis del anestésico; de manera que por estas dos últimas propiedades nos pone en guardia indirectamente contra los accidentes debidos á la intoxicación, mientras que por su acción sobre el centro cardíaco y sobre el cerebro evita el síncope y y la apnea reflejas.

Está demostrado por muchas experiencias la necesidad de administrar la morfina antes del anestésico, pues de hacer lo contrario habría exposición de obtener una anestesia insuficiente, enmascarada por un efecto soporífico pronunciado, ó sobrepasar la dosis de anestésico prácticamente útil.

El medio más práctico de administrar la morfina es en inyección hipodérmica, á la dosis de 1 á 2 centigramos, veinticinco á cuarenta minutos antes de la anestesia. Posteriormente, con una débil dosis de anestésico se consigue una analgesia que permite suprimir el dolor en los partos y las operaciones de la cara, dejando subsistir una parte de las facultades intelectuales. Con una dosis mayor la resolución muscular es completa, y se pueden reducir fácilmente las luxaciones, por ejemplo, sin que haya necesidad de mucha dosis de cloroformo ó de éter.

Este método, que permite igualmente practicar la anestesia en los sujetos pusilánimes, alcohólicos ó nerviosos sin que se aperciban, se ha perfeccionado de varias maneras. Forne del Brest sustituyó la morfina con el cloral (6 gramos). Trelat unía el cloral á la morfina, dando media hora antes de la anestesia, en dos veces, de 3 á 6 gramos del primero en 20 á 40 gramos de jarabe de la segunda y 100 gramos de agua. Dashe y Morat asociaban la morfina á una sal atrópica. En efecto, á la dosis de un miligramo en inyección subcutánea el sulfato de atropina paraliza los ganglios refrenadores cardíacos, y por medio de esta ac-

ción propia, unida á la de la morfina, nos pone al abrigo del accidente más temible de los primeros períodos de la anestesia, es decir, del síncope cardíaco. Si la anestesia ha de ser muy larga, los últimos profesores indicados añaden á su solución (2 centigramos de morfina, 1 miligramo de atropina) 1 miligramo de veratrina, tónico cardíaco que sostendrá la acción del músculo cardíaco, que pudiera debilitarse en dicho caso. El doctor Arloing propone reemplazar la veratrina con la digitalina, que regulariza y refuerza los síncopes de un modo más intenso.

Se ha reprochado á la anestesia mixta: 1.º, el aumentar la conmoción nerviosa en los grandes traumatismos, y 2.º, aumentar la tendencia á la algidez, provocada de por sí por todos los anestésicos que disminuyen las combustiones orgánicas y roban el calor animal á la economía por la vaporización del anestésico en la superficie pulmonar; inconveniente real debido á la disminución ó abolición del período de excitación, que suprime una fuente poderosa de calor, y al efecto vaso-dilatador de la morfina, que aumenta la pérdida de calor por irradiación. También al procedimiento de Trelat se ha acusado de producir enfriamiento, de prolongar además el estado comatoso, de exponer á congestiones cerebrales y de exagerar las inflamaciones del tubo digestivo en los casos en que ya existía, á lo que Trelat replica que con ciertas precauciones se disminuye el enfriamiento, y que el estudio que haga el cirujano de los antecedentes del enfermo le decidirá á modificar la poción.

Siendo los accidentes de la anestesia debidos á la administración de una considerable cantidad del agente que se emplee, nos será fácil evitarlos dando la dosis estrictamente necesaria para la anestesia, ú oponiéndose á la acumulación de dosis en la sangre durante las anestesias prolongadas.

La dosificación de un medicamento volátil es operación siempre difícil, mucho más administrándolo por inhalación; y para llegar al conocimiento exacto de su dosis, es preciso que el sujeto respire en un espacio cerrado, y á este fin tendieron los trabajos de Bert, cuyo resultado fué demostrar que las dosis tóxicas son dobles que las anestésicas, que la toxicidad de una mezcla depende del estado de

tensión del vapor anestésico en la mezcla, y que una vez obtenida la anestesia con una mezcla dada, el animal no hace variar ya el título de la mezcla que respira. Si á partir del momento en que ha sido dormido un perro se hace respirar á otro el aire aspirado por el primero, aquél se dormirá en el mismo tiempo que éste, y lo mismo sucederá con un tercero ó un cuarto, hasta que el aire respirado se haga asfíxico. Pudiéndose, por lo tanto, por medio de tanteos, encontrar una mezcla titulada que produzca la anestesia en condiciones convenientes y que pueda ser respirada durante largo tiempo sin producir la muerte, pero no impunemente, porque la mezcla que puede producir la anestesia no es indefinidamente compatible con la conservación de la vida de los elementos.

Las doscientas anestesias hechas en el hospital de San Luis, bajo la dirección y vigilancia respectivas de Pean y Aubeau, hicieron ver que si el método no dispensa de cierta vigilancia, presenta sobre los demás procedimientos las ventajas de:

Disminuir ó suprimir el período de excitación en todos los pacientes, sobre todo en los alcohólicos.

Producir el sueño anestésico con mayor rapidez.

Suprimir la depresión nerviosa en la narcosis avanzada.

Prolongar la anestesia sin correr el riesgo de envenenamientos inesperados.

P. Bert ha propuesto utilizar mezclas de diversos títulos, según los períodos de la anestesia, para evitar los peligros de los envenenamientos:

1.ª Mezcla al 10 por 100 al principio de la anestesia.

2.ª Mezcla al 8 por 100 durante un momento una vez confirmada la anestesia.

3.ª Mezcla al 6 por 100 hasta el final de la operación.

Pero el *modus faciendi* dejaba mucho que desear por los inconvenientes que presentaba el empleo de los gasómetros dobles de que se valía P. Bert; inconvenientes que han desaparecido con la construcción hecha por Dubois de una máquina que lanza hacia el aparato respiratorio del individuo una mezcla titulada que se prepara automáticamente, y cuya titulación puede cambiarse inmediatamente por medio de una simple vuelta de rueda.

La máquina de Dubois se descompone para su descripción en tres series de órganos:

1.ª *Organo para lanzar el aire hacia el aparato respiratorio del sujeto.*—El aire es lanzado por medio de un pistón y de un cuerpo de bomba de ancha sección. El pistón es de un diámetro menor que el del cuerpo de bomba, pero está unido á las paredes de este cuerpo por una membrana de cautchuc que impide toda comunicación entre las paredes situadas por encima y por debajo del pistón cuando éste se mueve.

2.ª *Organos preparadores de las mezclas.*—Un pistón que á cada golpe del pistón motor del aire se sumerge en donde está el anestésico y hace caer una gota más ó menos voluminosa de éste en la corriente de aire atraído hacia el cuerpo de bomba. Un mecanismo muy ingenioso permite, como hemos dicho, hacer variar el volumen de la gota y obtener de este modo una mezcla á 6, 8 ó 10 por 100.

3.ª *Organos de distribución de la mezcla titulada.*—Una válvula que da vueltas en un tambor establece la comunicación, según se desee, de una parte del cuerpo de bomba con el aire exterior y de la otra parte que contiene la mezcla ya preparada con el aparato respiratorio del enfermo.

Todo el aparato se pone en movimiento por medio de una manivela fija á una rueda dentada. Esta última parte del aparato ha sido recientemente perfeccionada, porque antes era preciso dar vueltas en uno ú otro sentido para determinar convenientemente el movimiento del aire, de lo que resultaban ciertos errores en la maniobra; hoy día el movimiento de la manivela se verifica siempre en el mismo sentido. Una especie de excéntrica transforma este movimiento en igual dirección en movimientos ascendentes y descendentes para el pistón.

Como órganos accesorios hay que mencionar:

Una lámpara de alcohol que se encenderá si el anestésico se evaporiza demasiado deprisa y con excesiva lentitud en el frasco de vaporización. La vaporización demasiado rápida puede, en efecto, provocar la congelación del cloroformo.

Una mascarilla destinada á adaptarse á la cara para hacer penetrar la mezcla en las vías respiratorias. Esta mascarilla está provista de dos simples válvulas, que solamen-

te permiten la acumulación del aire anestésico en el aire espirado.

Como se ve, por la anestesia mixta prevenimos los síncopes y apneas de naturaleza refleja, y merced al método de Bert y al ingenioso aparato de Dubois, podemos ponernos al abrigo de las apneas adinámicas debidas á la intoxicación ó á la acumulación de cloroformo en el organismo. (*Gazette Hebdomadaire, etc.*, 19 y 26 de julio de 1889.)

52.—De la cirugía conservadora del pie y de la ablación del astrágalo en las resecciones tibio-tarsianas por osteo-artritis supurada.

Por el doctor Ollier.

La frecuencia de las recidivas después de las operaciones conservadoras intentadas en el talón del pie, la dificultad de llegar á una curación completa y definitiva de la herida ocasionada por la resección de la articulación tibio-tarsiana, atacada de caries ó de tuberculosis ósea, han parecido dar la razón hasta la presente á los operadores que consideraban la amputación del pie en esta articulación ó por encima de los maléolos como operación más prudente y racional.

No es esta la opinión de Ollier, que estudiando las condiciones en que se practican de ordinario las resecciones prefiere el método que resume en los términos siguientes:

«Empezamos por donde nuestros antepasados empezaban, y obramos así con triple objeto.

»Extirpamos primero el astrágalo, que es á menudo el punto de partida de la afección, y que en las antiguas osteo-artritis está siempre bastante alterado para hacer temer una recidiva próxima si se le deja en la herida.

»En segundo lugar conservamos todo lo posible de la mortaja tibial, á fin de tener mejores condiciones de solidez para la neartrosis que queremos establecer. Una simple abrasión ó un simple raspado de la cara interna de los maléolos y del aplanamiento tibial permite conservar la armadura exterior del ginglimo futuro.

»Y por último, ponemos empeño en procurar desde el principio de la operación que exista todo el campo necesario para buscar las alteraciones óseas y todo el espacio

posible para escudriñar con seguridad los más ocultos rincones. Gracias al espacio libre que deja la ablación del astrágalo vemos inmediatamente en qué sentido debemos dirigir nuestras investigaciones y en qué límites podemos actuar.»

Este método, cuyo objeto esencial es sacrificar un hueso, sin el que se puede pasar perfectamente el pie mejor que sin las extremidades tibio-peroneas, que es más difícil hacer reconstituir en buenas condiciones á pesar de la regeneración de los maléolos, se aplica á todas las resecciones del pie. Y después de una serie de consideraciones en que entra el autor, relativas á la regeneración ósea y á los resultados obtenidos con esta operación, que practica con éxito hace diez años, dice:

«Es necesario no dudar en practicar la amputación del pie en las osteo-artritis supuradas del talón del pie y de otras articulaciones tarsianas. Aunque están rodeadas de más obstáculos que en el miembro superior, las operaciones conservadoras irán seguidas de perfecto éxito siempre que se las aplique en las condiciones locales y generales propias para favorecer su buen resultado. Son operaciones éstas aplicables sobre todo á individuos jóvenes, hasta la edad de veinticinco á treinta años, cuando se trata de esas osteo-artritis espontáneas que atribuímos hoy á la tuberculosis.

»No existe regla absoluta bajo este punto de vista; pero más tarde es de una manera general preferible la amputación en los tuberculosos, y no se debe titubear en recurrir á ella si están amenazados de infección general ó ya están afectados de un principio de alteración visceral.

»En resumen, la ablación del astrágalo, seguida de la ablación ó de la resección de las articulaciones limítrofes, permite conservar al pie su forma casi normal y en aptitud funcional para el ejercicio de una vida activa.

»Estos resultados nos parecen debidos al cambio en la idea directora y á la técnica de la resección tibio-tarsiana. La ablación del astrágalo permite conservar más completamente las extremidades tibial y peronea, que son las partes más esenciales para la solidez del pie, y sobre todo crea una amplia vía para explorar el campo operatorio y descubrir los gérmenes morbosos que antiguamente se nos

escapaban. Por otra parte, el perfeccionamiento de la técnica operatoria permite hacer las ablaciones óseas más complejas y extensas sin sacrificar ninguno de los órganos (tendón, músculo, nervio, ligamento) que han de ser útiles para la reconstitución del pie sobre su tipo primitivo.» (*Acad. des sciences de Paris, Gaz. Hebdomadaire, etc.*, 24 mayo de 1889.)

53.—Sobre el tratamiento consecutivo de las artropatías.

Por el doctor Guyón.

La mayor parte de las artropatías se tratan durante su período de estado por la inmovilización en la posición fisiológica de reposo; después, para terminar la cura, es necesario devolver todo lo posible las funciones á la articulación; los medios con que se procura conseguir esto son los movimientos, el masaje, las fricciones, la temperatura, la electricidad y la balneación.

El movimiento es el más esencial, es el alimento necesario de la vida intraarticular normal, sin que por esto deje de obrar sobre las partes periarticulares, por más que sobre ellas actúen más eficazmente la electricidad farádica y el masaje. Los movimientos comunicados determinan un dolor vivo, pasajero ó acompañado de calor é hinchazón (inflamación); efectos patológicos que pueden sobrepasar cierto límite y dificultar la cura si el movimiento es brutal, ó se ejecuta en mala época, ó no se procede gradualmente.

El masaje, precioso medio ayudado del movimiento, tiene por efecto favorecer la reabsorción de los derrames periarticulares, provocar la contractilidad muscular y reanimar la nutrición de dichos órganos combatiendo su atrofia.

Las fricciones pueden producir efectos calmantes ó excitantes. Conviniendo particularmente en las formas reumáticas, favorecen la circulación cutánea, produciendo efectos circulatorios y secretorios, ó lo que es igual, modificaciones nutritivas, locales ó generales, según se limiten á un solo sitio ó á todo el cuerpo.

La temperatura y los diversos medios de balneación obran también por intermedio de la piel. Así, pues, las fricciones, la temperatura y los baños actúan sobre la circulación, la inervación y las secreciones periféricas. Estos me-

dios son, pues, eficaces para obrar sobre la vida celular. Acción dinámica, y por consecuencia distinta de la mecánica, producida por los movimientos y el masaje.

La electricidad, de eficacia indiscutible sobre los músculos, dirige su acción sobre el movimiento y la nutrición. Pero en este caso tiene gran importancia el estado de los músculos, que se ha de procurar estén sin degenerar, y por lo tanto aptos para recibir las excitaciones de la electricidad y para contraerse.

Ahora bien; para practicar los movimientos hay que tener presente que, salvo en ciertas pequeñas rigideces, es peligrosa la restitución funcional brutal. Que se proceda rápida ó lentamente, las etapas son las mismas. No se pasará del movimiento parcial al total sin previos tanteos, es decir, sin convertir en temeridad la audacia. El tratamiento rápido no se diferencia del lento en la supresión de las etapas, sino en la duración del descanso de ellas. El cloroformo debe prescribirse cuando no haya seguridad absoluta de poder romper en una sesión todas las adherencias.

Respecto al masaje, debe emplearse el petrisaje ó verdadero amasamiento. Se coge una porción de músculo ó de cualquier otro tejido entre las manos ó entre los dedos de una sola mano y se la somete á una presión fuerte, haciéndola rodar bajo los dedos como si se quisiera exprimir una esponja que se empapara sin cesar. También puede ejecutarse una percusión poco intensa y repetida hecha con las extremidades de los dedos, con el borde radial ó cubital de la mano, con la palma ó con el dorso de la mano á medio cerrar; á esto se unirán fricciones ó frotamientos hechos con las palmas de las manos ó con los dedos, siguiendo una dirección centrípeta y la de las fibras musculares.

La duración, el número y la repetición de las sesiones no puede determinarse de una manera precisa; generalmente basta una sesión alterna, ó cada dos días, de diez á quince minutos de duración.

Las indicaciones del tratamiento precedentemente expuesto se encuentran sobre todo durante la convalecencia, siendo su objeto sostener ó activar las funciones articulares una vez atenuados los fenómenos inflamatorios.

En ciertas artropatías de origen y marcha tórpida, en

ciertos tumores blancos con gruesas fungosidades, en las que las superficies articulares han conservado el juego casi normal, pero que son indolentes á la presión de una sobre otra, están autorizados los movimientos, pero obrando con prudencia. En el tratamiento consecutivo de las artropatías es necesaria la repetición de las provocaciones funcionales, y esto implica la variedad en los medios. Podrán ponerse en práctica todos los enumerados, juntos ó separados, por no excluirse unos á otros; sólo es indispensable la ejecución metódica de los movimientos.

Cuestión delicada es la decisión del momento de pasar del reposo á la actividad, porque el cirujano no dejará de ser estimulado por la familia para que autorice los movimientos, y porque de su decisión depende la suerte del enfermo, debiéndose pecar si acaso por exceso de prudencia, sobre todo si la inmovilización se verifica en buena posición, además de que existen enfermedades articulares que sólo por la anquilosis consiguen su curación real.

La naturaleza y asiento del mal son indicaciones de primer orden; extinguida la artritis, se empezará el tratamiento de actividad, lo que se puede conocer por medio de presiones localizadas que den cuenta del estado de la sinovial, pues cualquiera que sea la sucesión de las lesiones, no son quirúrgicamente articulares hasta que no está enferma la sinovial, que tan activo papel desempeña, tanto en la vida patológica como en la normal de las articulaciones.

También podrá ser preventivo el tratamiento funcional de actividad en ciertas artropatías, especialmente para ciertos fenómenos como la atrofia muscular, teniendo en cuenta estar demostrado que el reposo y la compresión favorecen la atrofia. El masaje es defectuoso en este caso, por exigir movimientos incompatibles con el tratamiento funcional de reposo, y habrá que recurrir á las corrientes continuas, cuya poderosa acción sobre la vitalidad muscular es ya bien conocida. *(Gazette Hebdomadaire de méd. et de chir.*, 27 y 30 agosto de 1889.)

54.—Empleo de la trementina y el raspado en las soluciones de continuidad.

Por W. Mitchell Banks, cirujano de la Real Enfermería y profesor de Anatomía del Colegio de Liverpool.

Algunos agentes, como el percloruro de hierro, son admirables estípticos, y otros, como el iodoformo, cloruro de zinc y ácido carbólico, son eficaces antisépticos; pero no conozco ningún remedio que combine ambas propiedades del modo como lo hace la trementina común, y que actúe al mismo tiempo como un estimulante directo de la granulación normal. La única objeción que puede hacerse á su uso es que puede producir dolor, si bien no es tanto como se cree *á priori*. En el caso de una herida cortante limpia es doloroso durante algunas horas, pero su aplicación no produce molestia alguna tratándose de heridas antiguas, senos ó abscesos. La única precaución que exige su empleo es evitar que se ponga en contacto con la piel, á la que irrita.

En los senos y cavidades supurantes crónicas ó superficies mecánico-quirúrgicas se ha aplicado más ventajosamente raspando y quitando el tejido granular anormal que los cubría. Muchos de nosotros recordaremos que primeramente conocimos este tejido con el nombre de «membrana-piogénica», denominación que por su solo significado hacía peligroso evitar la interposición de cualquier granulación, y que probablemente contribuyó al hecho de ser siempre tratada por cáusticos débiles ó lociones estimulantes en lugar de haber sido arrancada desde luego. La cuchara de Volkmann me parece que es una de las invenciones modernas más útiles y de un servicio más real que todos los endóscopos hasta hoy en uso.

Por medio del raspado se abre un nuevo horizonte al tratamiento de casos tan insidiosos como son los infartos escrofulosos cervicales. Confieso que las antiguas ideas que he aprendido acerca del origen constitucional de los infartos escrofulosos tenían tan firme arraigo en mí, que pasó mucho tiempo antes de dar valor y apreciar su tratamiento por medios quirúrgicos. El jarabe de ioduro de hierro, el aceite de hígado de bacalao y una loción de cualquier clase era la práctica ordinaria, hoy reemplazada por la

abertura y raspado de las glándulas, con la que se obtienen resultados admirables. De una de las afecciones en que menos esperanzas de curación se tenía en el hospital, ha pasado hoy á ser fácil y sencillamente curable. Antes se dejaba abrir espontáneamente la glándula reblandecida, quedando después una cicatriz azulada que desfiguraba y atormentaba al enfermo durante la vida, sobre todo si es mujer. Hoy, en cuanto se reblandece una glándula, abrimos y limpiamos bien su cavidad, llenándola después con un antiséptico (la trementina por ejemplo) y aplicando un pequeño tubo de desagüe, después de lo cual y una vez curada sólo se percibe una línea ó señal casi inperceptible. Si creemos que estos infartos son genuinamente tuberculosos, debemos proceder á su abertura y limpiado ó raspado cuanto antes, porque es indudable la propagación directa de la infección de una á otra glándula. ¡Cuántas veces vemos un lado del cuello cubierto casi por completo por una masa de glándulas infartadas mientras que el opuesto está completamente sano y normal! Respecto á si es ó no un bacilo el que produce este proceso, ó si dichos bacilos llegan á las glándulas cervicales por las amígdalas ó por los dientes cariados, son puntos que aun no están aclarados. De todos modos, esta teoría es muy racional, induciendo á abrir y raspar ó limpiar las glándulas tuberculosas con gran esperanza de éxito que la experiencia confirmará cada vez más. El mejor método, pues, para tratar un infarto escrofuloso reblandecido es el siguiente: administrar el cloroformo. Practicar un pequeño agujero en la glándula con un bisturí de tenotomía é introducir una pequeña cucharilla de Volkmann. Raspar ó limpiar todo cuanto se pueda, comprimiendo luego la cavidad. Cuando no salga ya nada se llena la cavidad con una mecha de hilas estrecha y larga empapada en trementina, la cual se hace pasar por el agujero hecho por medio de un estilete. A los dos días se quita la mecha y se introduce un tubo de desagüe, á cuyo través se pasa una aguja con hilo al nivel de la piel, hecho lo cual se desliza por él una pieza circular de emplasto; por último, se corta el tubo y se amarra el hilo sobre el emplasto, con lo que queda aquél inamovible. Sobre él puede colocarse un pequeño pedazo de algodón absorbente bien empapado en una loción antiséptica. Después de al-

gunas lecciones la madre del niño ó asistente aprenderá á lavar la cavidad con una jeringa todas las mañanas y noches y á aplicar el vendaje, así como á sacar el tubo, limpiarlo y reemplazarlo cada tercer día ó menos. Esperando con paciencia hasta que el tubo sea empujado fuera de la cavidad, sólo suele quedar un simple punto blanco apenas perceptible, señal de que el procedimiento se ha hecho bien. Si queda alguna depresión, puede luego elevarse desprendiendo la cicatriz de los tejidos subyacentes con un cuchillo de tenotomía. En la extirpación de las articulaciones, el raspado y limpieza es de grandísimo valor. Las dificultades con que antes se tropezaba para extirpar la articulación de la rodilla, por ejemplo, hállanse ahora muy disminuídas. Con las tijeras curvas toda la membrana sinovial gelatinosa engrosada, que amenazaba perecer antes de que tuviera lugar la cicatrización, es desprendida y quitada mientras que se raspan y limpian bien todos los senos y puntos sospechosos de las superficies cruentas. El bubón también no ofrece hoy tantos temores. Así, por ejemplo, un caballero vino á verme el martes pasado con uno en cada lado. Por sus antecedentes y aspecto se veía bien claro que iban á supurar. Ordené se pusiera cataplasmas hasta que se reblandecieran, lo que ocurrió el viernes. Entonces, después de administrarle un anestésico, los incindí á través verticalmente, desprendiendo y extirpando todo el contenido y aplicando luego una bola de hilas empapadas en trementina. Hoy martes, es decir, á los ocho días, sólo se ven dos heridas cicatrizando y ya casi cerradas. (*Liverpóol Medico-Chirurgical Journal*, julio de 1889, página 215.)

55.—Sobre la cura atópica.

Por el doctor García Díaz, del Cuerpo de Sanidad de la Armada.

Llama el autor cura atópica á aquella cuya idea característica es la de no producir ningún contacto externo con los labios de la herida, entendiendo por contacto externo el de una superficie cruenta con cuerpos sólidos ó líquidos procedentes del exterior.

En cuanto á los gases y vapores, por ejemplo los de una pulverización local eteriforme, nada tienen que ver

con el procedimiento de la sutura ó del apósito empleados.

El contacto externo, el contacto de un borde de tegumento con la aguja que lo desgarra, con el hilo que lo dilacera, con la tira de aglutinante que lo deprime, es un hecho mecánico perjudicial y un factor fisiológico de irritaciones poco visibles á veces, pero siempre de efectos visibles.

Cuando la herida ha puesto al descubierto grandes vías de absorción para agentes vivos ó productos tóxicos, es una nueva imprudencia añadir á aquel traumatismo general más traumatismos parciales, que serán punto de partida de futuras complicaciones.

No es una objeción la de la pequeñez de las incisiones; pequeño es el aguijón de un insecto, pequeña y casi insignificante es la denudación epitélica, que deja ancho paso al virus sifilítico, al contagio más vario, á la intoxicación, que proviene del veneno exterior.

Una puntura es una herida; una sutura es una sucesión de heridas.

La forma más sencilla del procedimiento consiste en tomar dos tiras de esparadrapo de 14 centímetros de longitud por 3 de anchura, y en uno de los bordes largos de la tira se *prenden* con una aguja de coser numerosos hilos encerados á la distancia de 2 centímetros entre sí para que resulte una especie de fleco, adhiriendo después las tiras aglutinantes paralelas á la dirección de una herida de 15 centímetros y á la distancia de 2 milímetros de los bordes de aquélla, junto á los cuales viene á quedar el fleco de los hilos colgantes.

Se comprende desde luego que es sumamente hacedero confeccionar dobles tiras aglutinantes con su fleco de sutura correspondiente, las cuales serán depositadas en una caja especial, donde las habrá de muy distintos tamaños.

Las curaciones desinfectantes tienen en este procedimiento una garantía superior, la de la visualidad, la de la inspección acabada con una lente, pues la herida queda desnuda y sobre ella se puede colocar lo que se quiera. Es muy adecuada disposición la de las tiras formando un borde grueso rellenado con un *alma* de médula de saúco de forma cilíndrica.

La cura atópica así comprendida se compone de dos

partes: la sutura y el apósito, que puede ser cualquiera. La sutura se verifica de dos modos principales: con elevación (por cilindros de médula de saúco) ó sin ella. Ambas modalidades reunen muy parecidas ventajas, y creemos que está indicado el uso en la mayor parte de las lesiones, disponiendo tiras ó elementos de cura de distintos tamaños y extensión diversa.

Claro es que en ciertas ocasiones este procedimiento es inaplicable, para la sutura intestinal por ejemplo. En cambio, en las grandes heridas longitudinales de los miembros, del vientre y del tórax, será imposible hallar procedimiento más práctico.

De todo lo cual se debe deducir en conclusión:

1.° Que existe una cura, ó mejor dicho, una sutura atópica.

2.° Que las suturas y curas actuales ocultan la herida, la tocan y al excitarla provocan procesos de peligrosa terminación.

3.° Que la cura atópica deja la herida visible siempre para la inspección del médico.

4.° Que es un procedimiento de fácil ejecución, mediante el cual un ajeno á la ciencia puede reunir heridas como el más consumado cirujano.

5.° Que realiza el *desiderátum* de reunir la herida en la medida conveniente, siendo posible adherir más ó menos sin más que aflojar ó soltar los hilos.

Y 6.° Que no puede reemplazar en todos los casos á la sutura antigua, si bien en la mayor parte, como habrán de acreditarlo futuras estadísticas. (De la *Rev. de Med. y Cirugía prácticas*, 22 mayo de 1889.)

56.—Sobre el tratamiento del infarto glandular escrofuloso.

Por John Duncan, cirujano de la Real Enfermería de Edimburgo.

En el tratamiento de las glándulas escrofulosas creo debemos siempre tener presente la estrecha relación que existe entre el bacilo y el tejido, y que la más pequeña intervención por nuestra parte puede determinar la victoria de una ú otra parte. Asimismo conviene recordar los dos principios aplicables á todas las afecciones inflamatorias y tuberculosas: primero, que el tratamiento debe ser etioló-

gico y consistir en la eliminación de la causa, y segundo, lo que ha sido reconocido siempre, pero más especialmente desde que se publicó la obra del doctor Hilton, que el descanso es un tratamiento universal en todas las afecciones inflamatorias. Ahora bien; ¿cómo se elimina la causa? Ante todo se debe indudablemente eliminar la local y subsidiaria, y respecto á esto hay que tener presente la gran importancia de destruir ó prevenir la septicidad. Después de esto, en el tratamiento etiológico del caso, viene la separación de los tejidos afectados, lo cual puede hacerse de dos modos: por extirpación ó por desgarramiento, según recomienda el doctor Annandale. El método por extirpación creo es más aplicable á un número comparativamente pequeño de casos, en aquellos quizás en que sólo esté afectada una sola glándula fácilmente separable y que ha resistido á otros medios curativos sin progresar rápidamente ó quedándose estacionaria. En dichos casos es indudable que debe eliminarse una fuente probable de futura infección general. Cuando los infartos son más numerosos, la escara que se produce, la imposibilidad de descubrir el estado de muchas glándulas que no pueden reconocerse desde fuera, hacen de la extirpación un recurso comparativamente raro. El raspado ó desgarramiento, sin embargo, es indudablemente más útil siempre que haya que abrir una glándula, y de más valor aun cuando esté ya abierta, teniéndose casi la certeza de eliminar la septicidad. No creo que se destruya ó elimine todo el tubérculo, pero debe recordarse que la cantidad es un elemento de gran importancia en la lucha, y que la Providencia está aquí, lo mismo que siempre, del lado del mayor número, y claro que si se extirpan ó se separan unos cuantos bacilos, la victoria será de los tejidos. Tercero, en el tratamiento etiológico hay la posibilidad de destruir los bacilos, habiendo dado buenos resultados la inyección de iodo antes de la supuración. He ensayado la inyección de bicloruro, y he visto desaparecer ó mejorar infartos que habían resistido á otro tratamiento, siendo el resultado aún mejor si eran simples adenitis. Estoy seguro que el iodo dado internamente es mucho mejor que aplicado externamente. En la adenitis crónica, el resultado de la excitación local, la derivación, puede influir beneficiosamente; pero cuando hay un bacilo tuberculoso, ¿cómo obte-

nerse su curación por medio del iodo ó derivativos? La derivación y el iodo pueden, sin embargo, beneficiar después de abrir las glándulas, pintando su interior con iodo ó inyectando el líquido irritante debajo de la piel. Pasemos ahora al tratamiento por el descanso, método que creo ha sido demasiado olvidado y en el que tengo mucha fe. Debe ser completo, absoluto, lo mismo que si se tratara de una afección de la espina, articulación de la rodilla ó cualquier otro caso de afección tuberculosa. Debe ponerse el cuello y la cabeza en descanso, para lo cual he ensayado entre otras muchas cosas los sacos del doctor Fleming para el tratamiento de la caries cervical y uno invención mía. Pero he llegado á la conclusión de que la única cosa realmente útil, que llena el fin propuesto, es el uso de una especie de coraza, que pasando por el occipucio y mejilla sujete bien la cabeza. Este aparato es muy útil para el tratamiento de estos infartos, cualquiera que sea el período en que se hallen. El descanso tiene, pues, gran importancia. Resumamos ahora los métodos de tratamiento que creo deben recomendarse: Primero, al principio del infarto se aplican todos los remedios higiénicos internos que recomiendan los autores. Esto es lo más importante. Aplícase también cualquiera de los aparatos inventados para obtener el descanso, prefiriendo el descrito antes. Suponiendo que está ya en un período avanzado, pero sin supurar aún, entonces se usará la inyección de iodo (dos, tres ó cuatro gotas en cada glándula, según las circunstancias). Creo que el iodo es mejor que el bicloruro. Puede ensayarse la igneopuntura, pero teniendo cuidado de quemar sólo el interior de la glándula y no la piel; debo, sin embargo, decir que la igneopuntura no ha dado los resultados satisfactorios que yo esperaba, aunque he visto casos en los que he obtenido gran mejoría. Si la inyección de iodo no da el resultado que se espera, entonces se abre y se limpia ó raspa bien la glándula, á lo que yo añadiría la inyección de parasitidas. He usado el ácido salicílico ó bórácico con el objeto de destruir los bacilos, ya sean piogénicos ó tuberculosos. Finalmente, en un número limitado de casos se extirpan las glándulas. (*Edinburgh Medical Journal*, agosto de 1889, pág. 170.)

57.—Sobre los tumores gaseosos del cuello.

Por el doctor L. H. Petit.

Los tumores gaseosos aéreos del cuello son determinados por el establecimiento de una comunicación entre la laringe ó la tráquea y los espacios celulosos ó interaponeuróticos adyacentes.

Sus causas predisponentes son: Disposiciones normales de la región, ventrículos de la laringe, membrana que remite por detrás el espacio comprendido entre las extremidades de los cartílagos de la tráquea, anomalías de la región, dilatación de los ventrículos de la laringe, prolongaciones anormales, disposiciones patológicas, ulceración, dilatación de las glándulas de la mucosa traqueal, alteración sifilítica ú otras de los cartílagos de la tráquea, estrechez de la tráquea, abscesos vecinos, condiciones traumáticas, heridas de la tráquea y rotura de los espacios intercartilaginosos.

Las causas ocasionales son esfuerzos diversos: partos, tos violenta, quintosa y prolongada, gritos, voces, el esfuerzo producido por llevar fardos pesados.

Respecto á su patogenia, los tumores que nos ocupan reconocen dos modos de formación: la hernia de la mucosa traqueal ó laríngea, por la perforación ó la rotura incompleta de la pared del conducto aéreo; el paso del aire en los espacios celulosos ó interaponeuróticos del cuello, después de rotura completa de la pared y rechazamiento progresivo del tejido celular.

Dos son las especies de aeroceles que se pueden considerar bajo el punto de vista anatómico: unos, sin pared propia, tienen su asiento en medio del tejido celular desgarrado; otros tienen una pared quística, formada por la mucosa distendida, ó por el tejido celular rechazado, ó por los planos aponeuróticos del cuello.

Su situación es generalmente en la línea media, menos veces en las laterales, y en contados casos en ambos lados de la cara antero-lateral del cuello. En ocasiones, el tumor unilateral, si está vacío de aire, se hace bilateral si se llena de él. Tiene una forma redondeada, más ó menos regularmente; unilobular ó bilobular, flácido si está vacío.

El volumen varía según su estado de repleción ó vacuidad, pero pueden llegar á adquirir el tamaño de una manzana de regulares dimensiones ó el del puño de un adulto. Este volumen, si no se ha cerrado la comunicación con la tráquea ó la laringe, puede disminuir y reducirse más ó menos completamente por una inspiración amplia, la extensión forzada de la cabeza, de modo que se comprima el tumor por los músculos antero-laterales del cuello ó mediante la compresión con la mano, yendo en algunos casos acompañada la reducción de un ruido particular.

Su consistencia varía según esté ó no cerrada la comunicación con las vías aéreas, siendo bastante consistentes en el primer caso ó blandos en el segundo, especialmente en estado de reposo, pues con los esfuerzos, la tos y la espiración aumentan de consistencia al par que de volumen.

Por la percusión son sonoros, pero por la auscultación ningún ruido especial se oye en los aeroceles, así como tampoco se aprecia á la palpación latido alguno que no sea propio de la región. Tampoco hay exageración de la sensibilidad; son indolentes, y si algún dolor vivo existe es debido á otra causa, como, por ejemplo, al absceso que le diera origen.

Respecto á la movilidad, uno de los caracteres del tumor, que parece desaparecer á voluntad, es poco marcada, siguiendo los movimientos de la laringe ó de la tráquea, aunque menos que el bocio. La piel conserva sus caracteres normales. Estos tumores van acompañados de modificaciones de la voz, ronquera, voz nasal y afonía. Por parte de la respiración pueden presentarse accesos de disnea y sofocaciones, por más que en muchos casos sea difícil deslindar la parte que corresponda como causa de ella al aerocele ó á las afecciones pulmonares cardíacas que existan. También la deglución sufre alteraciones, presentándose disfagia, no siempre atribuible al tumor gaseoso. La expectoración indica casi siempre otra afección, algún absceso que hubiera determinado el aerocele y se abriera interiormente, bronquitis, laringitis, etc., etc.

Algunos individuos sufren jaquecas de carácter congestivo ó experimentan desvanecimientos que les obligan á buscar apoyo para no caerse.

Como fenómenos generales, los que se mencionan, esca-

lofríos, fiebre, etc., dependen de las afecciones pulmonares cardíacas ó inflamatorias de vecindad (el flemón del cuello que causó el aerocele).

Su marcha como aparición puede ser, según su causa ó las condiciones que le sostengan, rápida ó lenta, y contrariamente á la opinión de algunos autores, estos tumores son susceptibles de disminución y hasta de curación: tal sucede con los que han aparecido bruscamente al hacer un esfuerzo no repetido sin afección crónica de las vías respiratorias ó á consecuencia de un absceso adyacente; los que no se encuentran dentro de estas condiciones, permanecen en *statu quo* ó aumentan.

Los diversos medios para tratar los aeroceles responden á las indicaciones siguientes:

1.ª Tratar la afección primitiva que dió origen al tumor, es decir, combatir las afecciones bronquiales ó pulmonares, que por los esfuerzos que determinan son causa de la producción, aumento y sostenimiento de los aeroceles.

2.ª Tratar los accidentes á que dé lugar el tumor, como los accesos de congestión encefálica y de disnea, á consejándose en este caso las emisiones sanguíneas empleadas por Larrey, las vejigas llenas de hielo, las afusiones frías, las duchas, las ventosas secas, el bromuro de potasio y el cloral usados por Eldridge, las inyecciones subcutáneas de morfina (Detis) y la traqueotomía si la disnea es amenaza de muerte.

3.ª Evitar el aumento del tumor, que comprende varios medios: unos higiénicos, evitar los esfuerzos, el reir y las conversaciones largas en alta voz, y otros ortopédicos, como la compresión del tumor con diversos vendajes, provistos ó no de tapón á nivel del tumor.

4.ª Determinar la curación.

5.ª Evitar la reproducción.

Confundiéndola con el bocio, se han recomendado contra esta afección las preparaciones iodadas, las fricciones mercuriales, el uso del bromuro y ioduro de potasio con la morfina y la aplicación de cauterios en los espacios intercostales. También se han hecho aplicaciones astringentes.

Pero, en resumen, sólo la compresión ha dado buenos resultados en los casos de tumor gaseoso de marcha rápida

ó de pequeño volumen con un pequeño orificio, reducida cavidad ó una cavidad desprovista de pared propia, pudiéndose reunir orificio y cavidad bajo la influencia de la compresión y del adosamiento permanente de los tejidos separados.

Pero cuando los tumores son de fecha antigua, de marcha progresiva, de grandes dimensiones y con un orificio permanente más ó menos amplio, ¿se debe intervenir de una manera más activa y operar? Esta idea ha sido emitida hace mucho tiempo, y se ha aconsejado la incisión, la fricción y la compresión y la ablación cuando el tumor era pequeño y encerrado en un quiste; después de practicada la incisión, unos no suturaban la herida por temor á que la cicatriz dificultara la respiración; otros la hacían supurar, rellenándola de hilas, ó buscaban el orificio por donde penetraba el aire y le cerraban. Los accidentes inflamatorios consecutivos á la operación no son una contraindicación, pues una inflamación del cuello del flemón determinó la curación de un aerocele, además de ser aplicable en este caso el mismo tratamiento del flemón del cuello y de que el método antiséptico es capaz de prevenir esta complicación inflamatoria.

La ablación parece indicada, como decía Albucasis, cuando el tumor es pequeño y bien limitado, pudiendo en estos casos bastar también la compresión.

En otros casos, cuando el tumor es voluminoso, de larga duración, de aumento progresivo, se puede emplear el método de Callisac: abrir el tumor, buscar la abertura de la tráquea y cerrarla. Pero hay que contar ante todo con las condiciones de salud del enfermo, y no operar con afecciones crónicas de las vías respiratorias, y antes de decidirse á operar, asegurarse del lugar que ocupa el orificio traqueal del aerocele, pues si está más bajo que el esternón, la intervención quirúrgica es imposible. Para conseguirlo se observará el sitio donde empieza á desarrollarse el tumor después de haber sido reducido, bastando hacer entonces una espiración un poco prolongada al enfermo; si el tumor aparece á los lados del cuello ó por encima del esternón, se puede decidir la operación; si empieza á formarse en la base del cuello, en uno ó en ambos lados á la vez, el orificio está muy bajo y hay que abstenerse de intervenir.

Por lo demás, la operación de la cura radical del aerocele se puede comparar con la de la cura radical de la hernia, y comprende los tiempos siguientes:

1.° Incisión de la piel en una extensión suficiente para explorar fácilmente el tumor.

2.° Incisión del tumor.

3.° Investigación del orificio de comunicación.

4.° Sutura de este orificio, bien aproximando bordes, bien aplicando á ellos una parte de la pared previamente refrescada.

5.° Refrescamiento ó resección total ó parcial de las paredes de la cavidad.

6.° Sutura profunda y superficial con ó sin desagüe.

Por supuesto que se tomarán toda clase de precauciones antisépticas y que la cura será de igual naturaleza. Peschaud aconseja la aspiración con el trócar capilar si el tumor, por su volumen, produce accesos de sofocación; procedimiento sólo aplicable cuando no exista comunicación con la tráquea, porque de lo contrario se llenará otra vez de aire en cuanto se vacie el saco.

Después de la operación radical ó de la reducción del aerocele se puede prevenir su reproducción sosteniendo corto tiempo la compresión sobre el orificio de comunicación.

Con este objeto, son útiles asimismo los narcóticos y antiespasmódicos al interior, la morfina, el cloral y los bromuros alcalinos. (Extractado de la *Revue de Chirurgie*, números 3, 4, 5 y 6, 1889.)

58.—De la amputación intradeltoidea superior.

Por el profesor Dubrueil, de Montpellier.

Una pequeña contrariedad experimentada recientemente al practicar una amputación intradeltoidea, en la que á causa del estado de las partes blandas debía forzosamente, en el lado interno, dividir dichas partes á nivel del borde inferior del tendón del gran pectoral, es decir, al ras de la axila, me decidió á hacer algunas experiencias para ver cómo debía uno conducirse en esta operación. Lo que voy á exponer no se aplica más que á la operación practicada al ras de la axila. Si la operación se verifica al nivel de la

parte del deltoides situada más abajo, no hay necesidad de recurrir á estas reglas.

La operación que estudio, y que denominaré *intradeltoidea superior* para distinguirla de la que puede ejecutarse más abajo (*intradeltoidea inferior*), sólo puede ser practicada por el método á colgajo, tallando un colgajo externo deltoideo. Supongo, por de contado, que hay posibilidad de cortar un colgajo suficiente. En el caso contrario, es imposible hacer una operación regular.

El colgajo deberá tener su base á nivel del borde inferior del tendón del pectoral mayor, y presentar en dicha base una longitud igual al diámetro del miembro. Se empezará, pues, por tallar el colgajo, lo que puede verificarse por transfisión; pero es preferible cortarle de fuera adentro, después de haberle marcado antes con la punta del cuchillo. Levantado y disecado el colgajo, queda seccionar los tejidos blandos por dentro, y sobre esta parte del manual operatorio es sobre la que deseo llamar la atención.

El objeto que me propongo es indicar el medio de prevenir la hemorragia. Ante todo no se debe contar con la venda de Esmarch, que es inaplicable á esta altura. La compresión digital es muy poco eficaz, en razón á su gran dificultad. Es posible, en verdad, ligar previamente la arteria en el hueco axilar, pero es añadir una nueva operación que es necesario hacer lo posible por evitar.

Si, por otra parte, se seccionan las partes blandas internas sin asegurarse contra la herida de la arteria, puede ser difícil cogerla y constituir esto un verdadero peligro. Me parece mucho más preferible ligar la arteria á nivel de la base del colgajo antes de dividirla. Se puede, si se quiere, dividir la piel de la parte interna del miembro antes de proceder á buscar el vaso; pero es bastante más prudente maniobrar de la manera siguiente: levantado el colgajo deltoideo, se coge entre el pulgar y el índice de la mano izquierda el borde inferior del tendón, que se divide, muy cerca de su inserción, con un cuchillo, con un bisturí ó mejor con tijeras.

Hecha esta sección, se tiene á la vista la parte superior de las dos porciones del biceps y del coraco-braquial; se divide entonces longitudinalmente, empleando las pinzas, y con precaución la aponeurosis á nivel del borde interno

del coraco-braquial. Se introduce el índice izquierdo por debajo de este músculo y de los dos extremos del biceps, y se seccionan estos tres manojos musculares perpendicularmente á su dirección. De esta manera se llega sobre el paquete vasculo-nervioso. No hay más que buscar el nervio mediano por dentro del coraco-braquial y la arteria por dentro del nervio. Ligada la arteria, sólo resta reunir los dos lados de la base del colgajo por medio de una incisión convexa hacia abajo, teniendo cuidado de cortar por debajo de la ligadura y serrar el hueso. (*Revue de Chirurgie*, 10 abril de 1889.)

59.—Sobre el tratamiento de los infartos escrofulosos.

Por Frederick Treves, cirujano y auxiliar de Anatomía del Hospital de Londres.

El tratamiento de los infartos escrofulosos tiene muchas fases y muchas dificultades, y aunque ahora ya no pueda decirse que la escrófula es «la desesperación de la cirugía», es aún un hecho que esta afección puede resistir á todos los medios con que hoy cuenta la cirugía moderna. La mayor parte de los casos ceden, sin embargo, á los medios locales y generales, y aun cuando el paciente esté en grave estado, es posible que el tratamiento quirúrgico proporcione la deseada curación.

Debe ponerse al enfermo bajo las mejores condiciones higiénicas, y en la mayoría de los casos de hospital esta es la base principal del tratamiento. Una larga residencia en los puertos de mar produce gran beneficio, así como la permanencia en climas templados durante los meses de invierno.

Respecto á la alimentación de los sujetos escrofulosos, nada nuevo puede decirse, y en cuanto á los medicamentos, no debe salirse del hierro, iodo, arsénico, quinina y aceite de hígado de bacalao. El iodo en forma de agua de Kreuznach parece que en muchos casos produce un efecto excelente. La administración general del jarabe de ioduro de hierro está fundada más bien en la rutina que en una base terapéutica seria. No he podido observar ninguna ventaja específica del uso del sulfuro de calcio.

El tratamiento local abraza los puntos siguientes:

Cualquier alteración en la periferia, de donde se derivan los vasos linfáticos de las glándulas afectas, debe ser considerada como materia de gran importancia. Los casos de infección primaria de las glándulas cervicales son muy raros. En la gran mayoría de casos la inflamación crónica de la glándula es producida por alguna alteración activa en el área correspondiente á sus linfáticos. Muchos casos son consecuencia del catarro faríngeo ó laríngeo, que suele acompañar á ciertas fiebres eruptivas. Las causas comunes respecto á los infartos glandulares son: la faringitis escrofulosa, las afecciones de la boca y dientes, el coriza, la ozena, otorrea, oftalmía flictenular y eczema. No es práctico intentar la reducción de un infarto glandular si la inflamación de su sustancia es sostenida por una caries dentaria descuidada ó afección de garganta persistente. Si se reconoce que la lesión glandular es secundaria, la primer medida local debe ir dirigida contra la causa local primaria. El pintar con iodo la glándula infartada sin hacer nada con la erupción del eczema que provocó aquél es contraproducente.

Las aplicaciones específicas locales sobre las glándulas infartadas no suelen dar ningun resultado. Las embrocaciones de iodo son probablemente en casi todos los casos perjudiciales, y su empleo tiene hoy sólo interés como recuerdo de las costumbres de la Edad Media. Los ungüentos parece que suelen producir buenos efectos, y el beneficio que se obtiene entonces depende probablemente más del roce á que da lugar que de la composición del ungüento. Las compresas empapadas en agua de Kreuznach ó de mar actúan indudablemente más bien como aplicaciones frías que como específicos por su composición. Debe protegerse la glándula de toda irritación y de las fluctuaciones termales.

La medida local más importante consiste en proporcionar descanso á la parte. El descanso es el factor principal en el tratamiento de todos los estados inflamatorios. A un enfermo con un bubón inguinal en estado de supuración no se le permite andar, y al que tiene las glándulas axilares inflamadas no se le deja usar el brazo, mientras que un niño con la misma afección de las glándulas cervicales tiene su cuello casi en constante movimiento. El cuello de

un niño rara vez está en descanso, y la pertinacia de las afecciones glandulares de la parte y de los senos que resultan es ciertamente debida en general á no impedirse los movimientos del cuello. Puede obtenerse esto por medio del collar usado por W. Knight Treves en la Enfermería de Margate ó por el apósito especial que describió hace algunos años. Puedo hablar en términos encomiásticos del tratamiento por el descanso, especialmente en los primeros períodos de la afección y en casos en que hay supuración. El buen resultado puede estimarse comparando los casos de infartos glandulares inguinales tratados por el descanso con un número igual tratados sin impedir los movimientos de sus extremidades.

El otro punto se refiere al tratamiento operatorio del infarto glandular. Una gran proporción de casos ceden á las medidas generales y locales ya descritas; pero en los restantes convienen los medios quirúrgicos. Inclúyense entre estos casos los que resisten á los tratamientos débiles, los que siguen progresando á pesar de todo cuanto se haga contra ellos y los que están en cierto período supurativo. No es esta ocasión de hablar de los caracteres físicos de la glándula, que en una ú otra época exigen la operación. Debe admitirse que en el infarto caseoso (excepto en casos muy raros) ni el cambio de clima, ni los medicamentos, ni las aplicaciones locales harán desaparecer la masa de tejido muerto. El pronóstico es probablemente el mismo que para la necrosis ósea. Cuando se ha formado un secuestro, se apresurará la curación separándole, no adquiriendo los tejidos su posición normal hasta que la materia muerta haya sido eliminada. Es posible que un fragmento de hueso necrosado pueda encapsularse haciéndose inerte por un tiempo indefinido, pero esto es muy raro y hasta hay cirujanos que lo niegan. Muchas de las operaciones que se hacen en las glándulas escrofulosas hay que practicarlas en el acto. El tratamiento por compresión, inyecciones irritantes y sedal, debe considerarse como malo. La galvanopuntura, de la que ya hablé en 1882, creo que es el mejor método para evacuar el pus situado en la sustancia de las grandes glándulas, siempre que no se intente una medida más radical. Los infartos que han sido tratados por la galvanopuntura han desaparecido, pero su aplica-

ción es muy limitada é incierta. La desaparición del infarto glandular, raspando y extrayendo su sustancia reblandecida con la cucharilla de Volkmann y aplicando el cauterio actual á la pared de la cavidad resultante, es un procedimiento que es sólo aplicable en ciertos casos. En ningún caso debe emplearse cuando la piel está aún sana. Es de gran valor en casos en que hay supuración con senos persistentes y en los que sería difícil ó imposible cortar los restos glandulares con el bisturí. El limpiado ó raspado debe ser completo, extrayendo todo lo anormal, lavando bien toda la cavidad y conservando el cuello en descanso absoluto durante el proceso cicatricial, sin lo cual puede resultar una cicatriz de aspecto feo.

Las operaciones con la cucharilla de Volkmann suelen comúnmente ser, en los grandes tumores glandulares, incompletas, habiendo necesidad de repetirla varias veces. Cuando se interesan con la cucharilla las partes profundas del cuello, esta operación forma indudablemente parte de la clase de las peligrosas. La extirpación de los tumores escrofulosos es el medio más simple, seguro y cierto de tratar esta pertinaz afección. Esta operación está basada en los principios quirúrgicos, yendo seguida de admirables resultados. Recientes adelantos en el conocimiento del tratamiento de las heridas han hecho esta operación posible, debiéndose al doctor Treves de Margate el mérito de haber introducido en la práctica este método. En favor del tratamiento por extirpación pueden sustentarse las siguientes ventajas: las glándulas son limpias y completamente extirpadas; la herida es sólo incisa, la cicatriz resultante es sólo tenue, fría y blanca. Si se opera pronto, puede asegurarse que el contagio local de una á otra glándula ha sido detenido, pudiendo extirparse á través de una simple incisión antes de que sobrevenga la supuración; evitándose también la escara característica y fea, y por último, el interminable período del tratamiento expectante es reemplazado por un medio decisivo y seguro. Aunque las glándulas pueden ser extirpadas en cualquier período de la afección, no es necesario decir que la operación es más fácil cuanto más pronto se haga. El número de glándulas infartadas no contraindica la extirpación, pues en un enfermo extirpé ochenta y cuatro, todas caseosas, de las que

sólo unas cuantas estaban supurando. Cuanto más pronto se haga la operación, menos extensiva será el área afecta y menos visible la escara. Las incisiones deben seguir todo lo posible las líneas naturales ó pliegues de la piel del cuello, debiendo ser horizontales más bien que verticales. Una incisión hecha en la línea cutánea natural, al nivel del hueso hiodes, puede dar lugar á una cicatriz casi invisible. La glándula debe ser *cortada* y no *arrancada*. En el tratamiento de la herida resultante deben tenerse presentes los siguientes detalles: Toda hemorragia será cohibida. La herida no debe ser lavada con una solución antiséptica demasiado fuerte. Los bordes de la incisión deben ser unidos cuidadosamente, y tenidos en posición por medio de suturas que se quitarán al quinto ó séptimo día. No debe emplearse ningún tubo de desagüe, y si es inevitable usar uno, no debe tenerse puesto más de treinta y cuatro á cuarenta y ocho horas. Debe lavarse la parte sólo con esponja y ejecutarse sobre ella una presión directa suficiente á obliterar la cavidad de la herida. El cuello debe conservarse completamente rígido durante diez días lo menos. Considerando las graves complicaciones que acompañan á esta afección, la marcha insidiosa que sigue y lo que desfigura, puede permitirse considerar esta operación como uno de los mejores adelantos de la cirugía moderna. (*Lancet*, septiembre 21 de 1889, pág. 583.)

CEREBRO Y SISTEMA NERVIOSO

60.—Sobre el tratamiento quirúrgico del tic doloroso inveterado. Operación de Carnochán.

Por Robert Abbe, profesor de Clínica quirúrgica de la Escuela de Medicina y Hospital de Port-Gradnate, Nueva York.

El procedimiento sobre el que voy á llamar vuestra atención esta noche no es enteramente nuevo, sino que á pesar de su gran importancia ha estado relegado al olvido. Afortunadamente, los casos pertinaces de tic doloroso no suelen ser muy comunes; pero cuando llegan á hacerse crónicos, pocas afecciones hay que produzcan una molestia tan grande, caracterizada por accesos constantes de dolor agu-

do en la mejilla, boca y mitad de la cabeza, y que impiden al enfermo dedicarse á sus ocupaciones. Hacen su aparición á cada momento y repentinamente, obligando á la víctima á prorrumpir en exclamaciones; mientras que sus ojos se llenan de lágrimas y su boca de una excesiva cantidad de saliva, siéndole imposible comer, y á veces hasta dormir, y sumiéndole en la mayor desesperación. La duración de esta afección suele ser á veces hasta de años, y si bien no suele afectar al físico del paciente, extenúa sus fuerzas, impidiéndole dedicarse á sus ocupaciones. Cuantos remedios medicinales se han ensayado para combatirla no han dado resultado en la mayoría de los casos, y sólo desde hace algunos años es cuando la cirugía ha logrado curarla.

En 1851, el doctor J. M. Carnochán hizo por primera vez la resección completa de la segunda rama del quinto par, desde el agujero redondo al infraorbitario (extirpando el ganglio de Meckel), con completo éxito. Esto abrió una nueva vía que fué después comprobada por otros numerosos casos curados.

En 1858, antes de publicar su método, la sección subcutánea simple del nervio infraorbitario en la mejilla tuvo muchos ardientes partidarios y muchos contrarios, pero á ninguno se le ocurrió extraer el nervio. A principios de siglo Brodie hablaba del *mal resultado evidente de la sección simple del nervio en el tic doloroso*, y Velpeau, Stromeyer y otros, del alivio momentáneo que dicha sección proporcionaba, optando la mayoría por su abandono.

El descubrimiento del valor de la resección de porciones de nervio en la neuralgia pertinaz indujo á Langenbeck á extirpar una gran porción de aquél del suelo de la órbita. Aislaba todo el haz nervioso del agujero infraorbitario en una pequeña incisión y después pasaba un bisturí estrecho y curvo por dentro del lado externo de la órbita, debajo del párpado, dirigiéndole pulgada y media hacia la parte interna y posterior, después de lo cual lo volvía hacia abajo y cortaba el nervio en su conducto, extrayendo su extremo infraorbitario. Este método alivia el dolor durante bastante tiempo, pero vuelve á reproducirse.

No se ha ensayado nada más decisivo y radical que la operación del doctor Carnochán. Operaba del modo si-

guiente: Primero hacía una incisión en forma de V debajo del ojo, y desde su vértice daba un corte recto hacia abajo y á través de toda la mejilla y labio hasta la mitad del espacio entre la nariz y ángulo de la boca. Los extremos del nervio eran entonces cogidos á su salida del agujero, aplicándose un trépano sobre la parte anterior de la mandíbula, con el que se extirpaba la pared ósea anterior del seno maxilar. Como el cielo de esta cavidad está formado por una capa ósea muy delgada, se rompe fácilmente, extrayéndose el nervio de la cavidad orbitaria. Hecho esto, rompía y separaba la pared posterior del seno maxilar, quedando al descubierto la fosa esfeno-maxilar, que en este punto tiene poco más de media pulgada de profundidad. El nervio puede entonces ser desprendido de sus cubiertas celulares y adherencias al agujero redondo, y, por último, completamente seccionado y separado. Los nervios dentarios posteriores y el ganglio de Meckel, en relación con ellos, son separados, impidiéndose así toda comunicación de la mejilla con los centros nerviosos. En todos sus enfermos empleó este método. Algunos años después, el doctor James R. Wood añadió algunos casos á la lista y modificó el procedimiento, no dando el corte á través del labio. La operación iba seguida por lo que entonces se llamaba «supuración normal» y cicatrización perfecta, inyectándose con una jeringa el seno maxilar si se consideraba necesario durante la cura. En 1879 el doctor J. S. Dennis, de esta ciudad, reunió veintiún casos de esta operación, estando el resultado en relación con el renombre ya adquirido en la cirugía americana. Este método es probablemente el mejor, pero Geerster, Luecke y otros han hecho modificaciones que además de producir más hemorragia no suelen dar tan buen resultado.

La simplicidad en las curas y la cicatrización por primera intención de las heridas, hoy posible, han introducido verdaderas modificaciones en esta operación, las cuales he adoptado en tres casos.

Lo principal es hacer una incisión pequeña en la piel que deje una cicatriz todo lo menos visible posible, y creo que con 3 centímetros, horizontal, vertical ú oblicuamente sobre el agujero infraorbitario, tenemos espacio suficiente para operar.

Creo también que mejor que una gubia es un trépano, para horadar el seno maxilar de adelante á atrás. Para evitar la laceración del nervio al cogerlo y llevarlo dentro del seno maxilar, debe usarse un instrumento estrecho y romo. Toda hemorragia es rápidamente cohibida por medio de la presión y las esponjas.

La cura de las heridas tiene especial importancia, obteniéndose muy buen resultado llenando el seno maxilar con gasas iodoformizadas durante treinta y seis á cuarenta y ocho horas, al cabo de las cuales se extraen y se sutura cuidadosamente la incisión hecha. La anestesia local permite practicar las suturas sin dolor alguno. Si la cura es hecha con esmero siempre se obtendrá la cicatrización por primera intención, no necesitándose desagüe.

(No reproducimos aquí, por falta de espacio, tres casos muy interesantes tratados con éxito completo por la operación de Carnochán.)

Los tres casos por mí operados corroboran el valor y mérito indudable de la resección profunda del nervio en la neuralgia facial. La resección ó sección de la porción infraorbitaria anterior no suele hacerse, pues según Brodie y otros sólo produce en algunos pocos casos un alivio temporal, mientras que en la mayoría no da resultado alguno.

La ingeniosa operación de Langenbeck, seccionando la porción anterior del nervio, es un gran adelanto sobre la simple sección del agujero. En 1881 el doctor Seguin practicó el método de Langenbeck en un caso muy insidioso, obteniendo buen resultado durante algunos meses; pero como volvió á reproducirse el dolor con igual violencia que antes, envió el enfermo al doctor Weir, que le operó por el procedimiento del doctor Carnochán, á través del seno maxilar, separando la parte posterior del nervio sobre el agujero redondo y destruyendo el ganglio de Meckel. El individuo estaba perfectamente curado cuando le vi últimamente hace tres años. El nervio dentario inferior se extirpó más fácilmente. El 8 de marzo último operé á una señora que me fué recomendada por el doctor W. C. Campbell, y que tenía una neuralgia del nervio maxilar inferior de dos años de duración. Hice una incisión de una pulgada paralela al borde de la mandíbula, cerca de su ángulo,

y abriendo el hueso puse al descubierto el nervio en su conducto, hecho lo cual corté y separé una pulgada de él. La herida cerró de primera intención, curándose perfectamente la neuralgia. (*New-York Medical Journal*, agosto 3 de 1889, pág. 121.)

61.—Sobre un caso de enfermedad de Morván (panadizo analgésico) seguido de autopsia.

Por los doctores Prouff y Gombault.

Como se puede apreciar por la lectura detenida de la observación que publican los autores, ésta entra por completo en la categoría de los casos que han sido agrupados por Mr. Morván bajo la denominación de panadizo analgésico ó pareso-analgesia de los miembros superiores, pudiéndose invocar en apoyo de esta opinión la autoridad de Morván, que vió á la enferma en varias ocasiones.

Se trataba de una mujer en la cual, á los doce años, al mismo tiempo que se presentaba una escoliosis se presentó el primer panadizo. Después, y con intervalos variables, se repitieron los panadizos, produciendo en los dedos de ambas manos mutilaciones profundas. A estos primeros síntomas se debe añadir la existencia de alteraciones tróficas localizadas en la piel de las manos y en los músculos de las eminencias ténar; trastornos de la sensibilidad (analgesia, termo-anestesia) que ocupaban las manos y los antebrazos, y la pérdida de la noción de la posición en los miembros superiores. Se debe hacer notar, por último, la marcha progresiva de los accidentes, su localización exclusiva en los miembros superiores, la evolución lenta de la enfermedad, que en resumidas cuentas produjo la muerte accidentalmente á consecuencia de una complicación, la infección purulenta, que sobrevino en el curso de uno de los dos panadizos.

Bajo el punto de vista anatómico, el hecho más importante es seguramente: 1.°, la coexistencia de lesiones en los nervios periféricos y en la médula espinal; 2.°, por otra parte, el marcado predominio, si no la presencia exclusiva de estas lesiones en el ensanchamiento cervical de la médula y en los nervios de los miembros superiores, es decir, en las partes del sistema nervioso correspondiente á las re-

giones en que fueron más precoces ó más marcados los síntomas.

La lesión de los nervios consiste en una producción exuberante del tejido conjuntivo, acompañada de degeneración, y, últimamente, de la desaparición de un gran número de tubos nerviosos. Se distribuye de tal manera que, presentando su máximum de desarrollo en la periferia, se atenúa progresivamente á medida que se va aproximando á la raíz del miembro, presentando así la disposición asignada á la neuritis ascendente.

El resultado de las observaciones hechas con motivo del primer caso, á saber: la existencia de una neuritis periférica, se encuentra, pues, confirmado. Además, sabemos positivamente el modo de distribución de esta neuritis. Es mucho más pronunciada en el nervio correspondiente á las partes más enfermas, pero además dista de interesar á los troncos nerviosos. En toda su extensión, aun al nivel mismo del nervio más alterado, queda limitada á la periferia.

En la médula espinal se trata de un desarrollo anormal del tejido intersticial que ocupa el cordón posterior, los cuernos posteriores y probablemente también la sustancia gris central. Esta esclerosis va acompañada de un engrosamiento de las paredes vasculares, que puede llegar en ciertos puntos hasta la obliteración casi completa de los vasos. Es cierto que la producción del tejido conjuntivo no afecta en sitio alguno la disposición de un tumor aislado ó aislable. Existe en todas partes una mezcla íntima de las dos sustancias nerviosa y conjuntiva. El saber si existían en el seno de la sustancia gris central cavidades accidentales análogas á las que caracterizan la siringomielia es más difícil de juzgar de una manera definitiva, porque la médula sufrió durante las maniobras necesarias de la extracción contusiones en varios puntos. Se puede, sin embargo, negar la existencia de una siringomielia teniendo en cuenta las consideraciones siguientes: Las deformaciones observadas son idénticas, en cuanto á su disposición, á las que resultan de un martillazo. Las cavidades no están, en manera alguna, limitadas por una membrana, ni siquiera por una condensación manifiesta del tejido conjuntivo. Por último, el contenido de las cavidades está

formado por restos de tubos nerviosos fácilmente reconocibles.

La lesión de la médula predomina, por lo demás, en el sitio que ocupa la expansión cervical, pero no se limita á ella. El engrosamiento de las paredes vasculares y del tejido intersticial se encuentra menos pronunciado, es cierto, en la región lumbar, pero siempre más marcado á nivel de las partes posteriores de la médula. El engrosamiento de la duramadre es, por otra parte, uniforme y generalizado á toda la longitud del órgano.

No se creen los autores autorizados para decidir la cuestión de si la lesión medular ha determinado la de los nervios periféricos ó si, por el contrario, es sólo consecuencia de esta última. El hecho de la doble localización nos parece por el momento útil de ser tenido en cuenta. Ha lugar, sin embargo, de hacer notar que existe desproporción entre la intensidad de las dos lesiones: la de los nervios es sumamente pronunciada, grosera hasta cierto punto; la de la médula no es dudosa, pero mucho menos manifiesta. Creemos no se trata de un hecho excepcional, que afecciones muy diversas presentan este parecido con la enfermedad de Morván, estando caracterizada bajo el punto de vista clínico por trastornos de la sensibilidad y de la nutrición, á los que corresponde una doble localización anatómica muy marcada en los nervios periféricos, menos acentuada pero indiscutible á nivel de las regiones posteriores de la médula. (*Gazette Hebdomadaire, etc.*, 17 de mayo de 1889.)

ORGANOS DE LA CIRCULACION

62.—Sobre el tratamiento radical de las venas varicosas.

Por William H. Bennet, profesor de Anatomía y cirujano del Hospital de San Jorge, Londres.

En las várices de las extremidades inferiores, el tratamiento operatorio debe necesariamente ser aplicado sólo á un número comparativamente pequeño de casos sometidos al cuidado del práctico ordinario; desde que, según he dicho varias veces, las venas varicosas son la mayoría de las

veces tan fácilmente tratadas con ó sin el auxilio de algunos de los distintos soportes sobre los cuales he llamado antes de ahora vuestra atención, que el método radical, aun cuando esté muy justificado, no suele generalmente ser del agrado de los enfermos. No obstante, obsérvanse, tanto en el hospital como en la práctica privada, un gran número de casos en los que puede obtenerse tan buen resultado con dicho tratamiento radical que el cirujano puede confiadamente recomendar la operación sin temor á ninguna complicación seria si se presta la debida atención al esmero quirúrgico y á algunos pequeños detalles técnicos. Es más, aun concediendo por un momento que á dicho tratamiento vaya asociado algún pequeño temor, las ventajas obtenidas en casos apropiados supera á cualquier peligro con él relacionado. Como regla general, la cuestión del tratamiento radical no conviene á casos en que las várices están limitadas á la pierna, debido á la gran facilidad con que son aquéllas tratadas cuando no se extienden más arriba de la rodilla; es decir, que los síntomas que de vez en cuando se presentan no son, si se tiene cuidado, tan graves que hagan necesario someter al enfermo á las molestias de una operación. Es también necesario tener presente que en la pierna, excepto en algunos casos, la operación rara vez evita la necesidad de usar algún soporte, si bien muchas veces el uso de éste puede hacerse más tolerable.

Cuando las várices se extienden por la pierna y el muslo, la cosa varía. La aplicación de un aparato *ad hoc* cualquiera sobre la rodilla es en la mayoría de los casos, aun cuando sea eficaz, tan molesto é insoportable, que los pacientes se someten voluntariamente á cualquier otro tratamiento que ofrezca alguna seguridad de evitarles el intolerable uso de dichos soportes. Es, pues, satisfactorio saber que con una simple operación, prácticamente desprovista de peligro en un sujeto sano, es fácil prescindir en muchos casos de estos de la necesidad de usar un aparato de soporte sobre la rodilla. Prescindiendo, sin embargo, de evitar la necesidad de usar soportes de cualquier clase en estos casos, obsérvase, como materia de experiencia, que muchas de las molestias que sobrevienen en la pierna varicosa son enteramente debidas ó muy exacerbadas por la

coexistencia de venas varicosas encima de la rodilla; y además que estas molestias son susceptibles de modificarse en muchos casos, y en algunos hasta hacerlas desaparecer por completo por un tratamiento apropiado de las venas afectadas del muslo, especialmente cuando la gran vena safena es la más interesada.

Operaciones aplicables.—Abstracción hecha de los varios métodos subcutáneos, que no me propongo describir por haberlos hoy sustituído la mayoría de los cirujanos por el de la abertura, las operaciones para el tratamiento radical de las venas varicosas pueden dividirse en tres clases: 1.ª, las que tienden á la simple obliteración de algunas de las venas afectadas en uno ó más puntos; 2.ª, las que producen una alteración más extensa, en casos de várices generales del miembro, por la separación de grandes porciones de los vasos dilatados, y 3.ª, las que en casos de várices locales efectúan una *curación* con la extirpación de lo afectado. Técnicamente, estas operaciones, cuyo principio general es la exposición de la vena ó venas por disección, pueden dividirse en las cuatro clases siguientes:

A. *La aplicación de una simple ligadura al rededor de uno ó más puntos de la vena, obteniendo así tantos centros de obliteración como se deseen en un caso dado, y desviando la corriente circulatoria y produciendo al mismo tiempo una alteración en el punto de presión de las diferentes partes del miembro.*—Este procedimiento, que se aproxima más que ningún otro al método subcutáneo ordinario, pero que produce resultados más positivos, es conveniente en un gran número de casos de várices generales asociadas con una ó más de las condiciones siguientes: 1.ª, intolerancia para el uso de los soportes; 2.ª, depresión por la excesiva distensión de los vasos dilatados; 3.ª, inminencia de reventarse las venas demasiado distendidas y adelgazadas, y 4.ª, coexistencia del estado varicoso con úlceras insidiosas, eczema, etc.

B. *División de una ó más venas entre dos ligaduras.*—Esta operación es aplicable á la misma clase de casos que la anterior, pero es mucho mejor, pues no sólo hay seguridad de obtener obliteración en los sitios de la ligadura, sino que por la sección de las venas se obtiene también cierta retracción de los vasos divididos, lo que es muy

importante, puesto que hace desaparecer todo el dolor y molestia que pueda causar la tirantez de la pesada masa venosa. Por esto el alivio que sigue á esta operación suele indudablemente ser mucho mayor que el que se obtiene con la simple ligadura de los vasos sin división.

C. *La extirpación por disección de grandes porciones de venas varicosas.*—Todas las ventajas obtenidas por los dos métodos anteriores se consiguen de un modo más completo con este procedimiento, que es también especialmente aplicable para la curación completa de cualquier clase de váriz local, los quistes simples ó múltiples, los tumores sólidos consecutivos á trombus antiguos, etc., etc.

D. *La ligadura en grandes masas de las várices en casos generales ó locales con el objeto de que, interrumpiéndose la circulación, se contraiga la masa varicosa.*—Es un procedimiento que ya no practico, porque además de ser incierto no es menos peligroso que la extirpación total de la váriz por disección.

Detalles operatorios.—En todos los casos deben observarse escrupulosamente las precauciones quirúrgicas de limpieza, lavado de la parte con éter y jabón y su envoltura en un apósito carbónico durante cuatro horas lo menos antes de la operación. En la simple aplicación de ligadura, como en el método A, la vena, después de descubierta por medio de una pequeña incisión, es aislada con una aguja de aneurisma, pasando por su parte inferior un hilo que se ata á su al rededor fuertemente y cuyos cabos se cortan bien á raíz. En el método B, después de descubierta la vena en una extensión de pulgada y media más ó menos, se aplican dos ligaduras como antes con un intervalo de una pulgada próximamente entre ellas. La porción intermedia del vaso es entonces dividida con un bisturí ó tijeras, teniendo cuidado de no coger la vena con pinzas; pues aunque á primera vista parezca esta recomendación trivial, puede ser de graves consecuencias su olvido, pues la producción de una simple erosión puede dar lugar á un gran trombus, complicación que debe evitarse por su gravedad, especialmente si no se han tomado rigurosas medidas antisépticas. En ninguno de estos métodos son necesarias las suturas y sí sólo la escrupulosa aplicación de la cura antiséptica. En la extirpación por disección (méto-

do C) de grandes masas de várices, en casos generales ó locales, etc., se hace una incisión simple ó crucial sobre la masa; después de separar el tejido celular y descubiertas las venas, todas las várices son rápidamente denudadas con un estilete, debiendo evitarse para esto el uso del bisturí, que puede herir alguna vena y hacer que se prolongue la operación por la hemorragia consecutiva. Hecho esto, se dividen una por una y entre dos ligaduras todas las venas que comunican con la váriz, cuya masa es luego separada y extirpada después de ligar y cortar cualquier resto que haya escapado á la primera sección. Se facilita la completa exposición de la váriz al practicar este método atando una venda al rededor del miembro y en su parte superior, de modo que se interrumpa algo la circulación venosa. Los bordes de la herida, que son algunas veces sumamente tenues, deben ser tratados con toda la delicadeza posible, sosteniéndolos, si fuese necesario, con los dedos mejor que con pinzas para impedir erosiones. Una vez exactamente unidos, se suturan con catgut crómico después que haya cesado toda hemorragia de las superficies. Finalmente se aplica la cura antiséptica, teniendo mucho cuidado de ejercer una presión igual y firme para asegurar la pronta adhesión entre la superficie inferior de los colgajos cutáneos y las partes profundas; punto muy importante, pues la integridad de dichos colgajos, cuando son más tenues, depende indudablemente de esta pronta unión entre las partes puncionadas. En general la herida requiere muy poca atención después de la primera cura, la cual no suele ser necesario cambiarla en una semana, en cuyo tiempo la cicatrización se habrá probablemente completado. No he observado en mis casos fiebre, supuración ni ningún otro síntoma. Hay, sin embargo, una objeción que un crítico suspicaz puede oponer á este procedimiento, y es que la cicatrización final de la herida suele algunas veces ser algo tardía. Personalmente doy poca importancia á dicha objeción, puesto que, según mi experiencia, en los casos lentos las partes están á los diez ó lo más á los quince días en condiciones para que el enfermo pueda volver á su vida normal. Respecto á la clase de ligadura, creo que la de catgut crómico es la más conviente en todos los métodos, excepto en el primero, en el que importa

que la ligadura no se disuelva demasiado pronto, prefiriéndose la de tripa.

Para estimar apropiadamente el valor del método radical en la curación de las venas varicosas, y fijar la clase de caso y de método convenientemente adecuado, debemos considerar el tratamiento como curativo y paliativo:

I. *Curativo.*—Los casos en que puede obtenerse la *curación*, en el sentido verdadero de la palabra (v. gr., completa obliteración ó extirpación), tienen necesariamente que ser en un número algo limitado, puesto que comprenden los estados siguientes: 1.°, váriz local y circunscrita; 2.°, dilataciones quísticas simples ó múltiples; 3.°, tumores sólidos consecutivos ó trombus antiguos, ó 4.°, el flebolito ordinario.

II. *Paliativo.*—Los casos en que el tratamiento radical puede aplicarse con medios paliativos son muy numerosos, y aunque en ninguno de ellos puede obtenerse más que la curación parcial, se recurre al resultado del método, porque la afección actual no está enteramente curada ó completamente obliterada hasta que el efecto sobre los síntomas en muchos casos sea tan marcado que para todos los fines ordinarios pueda decirse que se ha efectuado la curación; indudablemente, el beneficio que obtienen algunos enfermos es tan grande que se hace difícil persuadirlos de que no se ha producido una curación verdaderamente efectiva. Entre las condiciones en que el alivio obtenido con la operación puede impunemente decirse que es suficiente para justificar la recomendación de este tratamiento, hállase el estado varicoso general asociado á alguna gran váriz local ó con dilataciones quísticas bien apreciables. En muchos casos de várices extendidas toda la gravedad de los síntomas experimentados depende de una ó ambas de estas condiciones, que pueden ser por sí mismas dolorosas ó impedir con su presencia el uso apropiado del miembro varicoso. Además, en casos semejantes, los quistes, por su continuada distensión, crecen, no sólo hasta hacerse dolorosos, sino que se adelgazan tanto sus paredes que pueden reventarse, pudiendo dar lugar á una hemorragia grave. La desaparición parcial ó completa de estas condiciones ó estados, siendo practicable, es no sólo conveniente, sino que en algunos casos realmente necesa-

ria. Aun en casos de várices generales, en los que la afección aparece uniformemente distribuída y hay mucho dolor, el alivio obtenido por la extirpación de porciones de las venas afectas en distintas partes del miembro es muy notable. He obtenido un resultado casi increible con la extirpación de grandes pedazos de las venas afectadas de las piernas y muslos en un caso de várices generales dobles. Respecto á la permanencia del resultado obtenido en estos casos tratados paliativamente es difícil dar una opinión muy positiva por la imposibilidad, especialmente en la práctica de hospital, de tener á los pacientes bajo observación el tiempo suficiente para formar juicio respecto á esta cuestión. Sin embargo, es indudable que dura el alivio bastante tiempo. En los casos mencionados bajo el epígrafe de tratamiento *curativo* creo que la curación es permanente. *(Lancet,* junio 22 de 1889, pág. 1232).

63.—Sobre los angiomas de la región parotídea.

Por el doctor Henri Hartmann.

La rareza de los angiomas de la parótida y la falta de exámenes anatómicos completos han sido la causa de que esta afección haya estado un poco olvidada por parte de los autores clásicos; ni Duplay, ni Kirmisson, ni Jeannel, ni Weber, mencionan en sus obras la existencia del angioma de la parótida. Existe, sin embargo, una variedad de angioma que se desarrolla en el alojamiento mismo de la parótida á expensas de los capilares de la glándula, y que difiere bajo todos concepto del angioma simple subcutáneo, que se puede observar al nivel de la región parotídea con los mismos caracteres que en cualquier otro punto del cuerpo. Dos casos entresacados de nuestras notas permiten caracterizar fácilmente cada una de estas variedades.

En el primero, que hemos observado en el hospital Necker, en el servicio del profesor Le Fort, sustituído entonces por nuestro maestro Mr. Kirmisson, se trataba de un angioma bien claramente subcutáneo. En el segundo, que hemos podido seguir en el hospital Trousseau, cuando tuvimos el honor de ser interno del profesor Lannelonge, el angioma tenía su asiento á nivel mismo de la glándula; se trataba en esta observación de un niño de corta edad que

tenía en la región parotídea una lesión que al examen clínico presentaba los síntomas de un tumor eréctil; al examen microscópico los caracteres de una parótida aumentada, hipertrofiada y vascularizada; la histología, terciando en el debate, hizo ver que se trataba, como hizo sospechar la clínica, de un angioma.

La semejanza del tejido, examinado á simple vista, con el de una parótida hipertrofiada vasculariza, nos animó á investigar si en los casos de hipertrofia parotídea publicados no encontraríamos ejemplos de angiomas glandulares de la parótida. Sabido es cuánto ha variado el dominio de la hipertrofia parotídea desde el tiempo en que Bauchet describía bajo este nombre casi todos los tumores de la parótida. A medida que se han estudiado de una manera más completa los tumores, se han separado sucesivamente de la hipertrofia parotídea los carcinomas, los tumores mixtos, etc. Nuestro maestro, Mr. S. Duplay, describe, sin embargo, todavía la hipertrofia parotídea, de la que expone tres ejemplos en su tratado: uno de Tenon, uno de Berard y otro de Duke.

Analizando las observaciones de estos tres casos, encontramos los mismos caracteres generales; clínicamente, un tumor; anatómicamente, una parótida hipertrofiada y vascularizada. Son, en resumen, tres casos idénticos á los observados por nosotros. La lesión unilateral se desarrolla en un niño, casi un recién nacido; se presentan los síntomas de un tumor eréctil; el niño muere, los vasos se borran y se encuentra simplemente una parótida hipertrofiada. Tenon, Berard y Duke, que se atenían al examen de los tejidos á simple vista, no podían pasar más adelante; hoy día el estudio de la pieza con el microscopio nos permite establecer que se trata de un angioma de una naturaleza completamente especial, pero cuya existencia no nos parece puede ser dudada en manera alguna en estas tres observaciones, llamadas de hipertrofia parotídea, lo mismo que en la nuestra.

No somos, por lo demás, los primeros que hemos estudiado esta variedad de angioma. Un maestro de nuestra escuela francesa de Strasburgo, el profesor Bœckel, ha precisado de una manera exacta la existencia de esta clase de cumores. Dos casos que trató, uno al nivel de la glándula

submaxilar y otro al de la parótida, le permitieron dejar sentado que: «las glándulas en racimo, y sobre todo las glándulas salivares, parecían particularmente sujetas á una degeneración que empieza por una dilatación de los vasos normales de la glándula sin alteraciones del parenquima secretor. Más tarde, toda la masa glandular puede ser reemplazada por un tejido cavernoso».

Después de escribir esto, Bœckel ha tenido ocasión de ver otros tres casos de angiomas de las glándulas salivares, que con los que llevamos expuestos y tres más que hemos podido reunir forman una serie de nueve observaciones, de cuyo estudio hacemos las siguientes deducciones:

1.ª Existe al nivel de la parótida una variedad de angiomas glandulares confundida hasta ahora por la mayoría de los autores con la hipertrofia de la parótida.

2.ª Esta variedad de angioma aparece, por lo demás, con la inmensa mayoría de los angiomas, en los primeros tiempos de la vida.

3.ª La afección es unilateral, y se traduce clínicamente por los síntomas de una hipertrofia parotídea con desarrollo vascular considerable (reductibilidad parcial, aumento de volumen por los gritos, color azulado de la piel, nævus cutáneo concomitante, etc.).

4.ª Puede evolucionar hasta una edad relativamente avanzada (casos de Gascoyen), ó, al contrario, después de desarrollarse lentamente durante un corto espacio de tiempo, adquirir de repente un volumen considerable (Duke, Pilcher).

5.ª Empieza por una dilatación de los capilares preexistentes de la glándula (Bœckel, Darier), pero no tarda en experimentar una transformación cavernosa (Bœckel, Pilcher).

6.ª El tumor puede transformarse, bien en un tumor venoso (Gascoyen), bien en un tumor arterial (Tenon); pudiendo ser tal el desarrollo de las arterias, que haga pensar en un aneurisma por anastomosis cuando se examina al enfermo (Duke). La muerte por sofocación puede ser el resultado de un desarrollo excesivo del tumor (Gascoyen).

7.ª Es, pues, necesario tratar estos tumores. Según los casos, se apelará á la electrolisis, á la extirpación directa, á la cauterización por medio de flechas de Canquoin, á la li-

gadura de la carótida externa. En principio, veremos que frecuentemente se encontrará ventaja en el empleo de la electrolisis para evitar la lesión del facial, no dudando en caso de fracaso en recurrir á la extirpación directa, pues la antisepsia y el empleo de las pinzas de forcipresura han disminuído mucho la gravedad de esta clase de intervención.

Tales son las conclusiones que el doctor Hartmann cree poder deducir de los hechos observados. Podría tal vez preguntarse si estos angiomas glandulares de la parótida no son el origen de ciertos angiomas venosos enormes del cuello, estando por la afirmativa, al menos para ciertos casos. Los casos publicados por Pilcher y Bœckel de tumores cavernosos con cavidades enormes y flebolitos de Gascoyen podrían constituir los intermediarios entre ciertos tumores cavernosos y los angiomas glandulares de la parótida. (*Revue de Médecine*, septiembre 10 de 1889.)

ORGANOS DE LA RESPIRACION

64.—Observaciones sobre la operación de la tirotomía en el tratamiento del cáncer laríngeo.

Por Sir William Stokes, profesor de Cirugía del Real Colegio de Cirujanos de Irlanda.

De las cuestiones quirúrgicas que necesitan tiempo y experiencia para su resolución satisfactoria, figura en primera línea la que se refiere á las ventajas de la tirotomía en el tratamiento del cáncer laríngeo. Las autoridades en esta materia se dividen en dos campos: unos abogan exclusivamente por el método endo-laríngeo para la extirpación de los neoplasmas laríngeos malignos, mientras que otros sostienen que dicho procedimiento es sólo «artístico, con muy poco valor práctico». Entre estas dos opiniones extremas los principios que nos servirán de guía y la práctica que adoptaremos en casos tales quedará perfectamente definida, y los errores que contribuyen á sostener el caos en que se halla la cirugía respecto á esta cuestión se resolverá finalmente de un modo satisfactorio. En casos de afección cancerosa, dice el doctor F. Semon que no

debe intentarse la tirotomía, y esta opinión ha sido prácticamente confirmada por Gottstein, que sienta que «la extirpación de los tumores malignos por medio de la tirotomía no ha sido, á juzgar por los resultados hasta ahora obtenidos, satisfactoria. De 20 casos recogidos por Bruns, ocurrió la muerte en 2 en seguida, después de la operación; en uno solo no hubo reproducción local, pero en este caso sobrevino la muerte veintidós meses después á consecuencia de un cáncer de las cápsulas supra-renales y riñón izquierdo. En los 18 casos restantes tuvo lugar la reproducción local, en algunos, dos ó tres semanas después, y sólo en uno hubo un intervalo de año y medio. En ningún caso se restableció la voz».

[Después de referirse á las estadísticas de Sir Morell Mackenzie y A. Durham, Sir W. Stokes dice que los resultados prueban incuestionablemente que muchos de los alegados temores de esta operación son puramente imaginarios, no siendo tan peligrosa como muchas operaciones quirúrgicas aceptadas y con frecuencia practicadas.]

Como cualquier caso de éstos es, respecto al resultado obtenido, de gran importancia en la determinación de las ventajas de la operación aludida, más particularmente relacionada con la afección cancerosa, juzgo conveniente relatar el siguiente, que ayudará mucho á la aclaración de la duda quirúrgica sobre este punto.

S. J., de cincuenta años, repostero, ingresó en mi sala del Hospital Meath el 25 de abril de 1889, recomendado por el doctor Murphy, de Dublín. Tenía afonía, gran disnea y disfagia, produciéndole gran irritación laríngea el paso de todo alimento sólido. Era un hombre moreno, alto y robusto que había llevado siempre una vida atemperada. Nunca tuvo sífilis y no había evidencia de ninguna diátesis cancerosa hereditaria. Estaba en un grado extremo de marasmo, debido sin duda á la insuficiencia de nutrición durante los seis meses anteriores. Atribuía su estado á un gran catarro, después del cual se quedó afónico. No tenía dolor en la garganta ni al hacer esfuerzos para hablar. La deglución de cualquier alimento sólido ó líquido iba acompañada de mucha molestia, debido al paso de alguna cantidad dentro de los conductos aéreos, dando esto siempre lugar á accesos de tos espasmódica y violenta. No

había evidencias de afección pulmonar, cardíaca ó renal. No había albúmina ni depósitos fosfáticos ó de ácido úrico en la orina. Examinando la garganta aparecía la laringe anormalmente prominente por su parte externa. No estaban invadidas las glándulas submaxilares ó sublinguales, pero en el borde del externo-cleido-mastoideo posterior, cerca del hueso hioides, había un pequeño infarto glandular. Los exámenes laringoscópicos hechos por mi colega el doctor P. C. Smyly revelaron la presencia de un tumor grande lobulado y aparentemente vascular, situado principalmente al lado derecho de la laringe, encima y cubriendo completamente las cuerdas vocales. No pudo apreciarse exactamente la extensión de sus adherencias, ni si estaban invadidos los cartílagos; pero observóse que, teniendo en cuenta la libertad con que el tumor se movía hacia arriba y abajo durante el acto de la respiración, había probabilidades de que los cartílagos estuvieran intactos y de que aquél fuera pedunculado, pudiendo extirparse sin tocar á ningún cartílago. El estado de cosas encontrado al practicar la operación hecha por mí en seguida, corroboró de un modo exacto la certeza del diagnóstico hecho por el doctor Smyly. Los tejidos del lado izquierdo de la laringe se encontraron perfectamente normales.

El 10 de mayo, habiendo aumentado de un modo considerable la disnea durante los días anteriores, y el estado del enfermo por esta causa, así como por la disfagia, siendo muy crítico, practiqué una traqueotomía preliminar á un centímetro por debajo del cartílago cricoides, para lo cual empleé el escalpelo de Worthington y una sonda de acero que facilitó la libre introducción de una cánula; y á los quince días, cuando el paciente estaba ya acostumbrado á la presencia del instrumento, lo sustituí por un aparato de Trendelenburg, con el objeto de prevenir que no penetrase sangre en los conductos aéreos durante la tirotomía y á través del cual pueda darse la inhalación de un anestésico. Al principio, el tubo de Trendelenburg produjo alguna irritación, pero pronto desapareció, administrándosele el cloroformo, después de lo cual se procedió á la operación propiamente dicha.

Empecé haciendo una incisión exactamente en la línea media, que partiendo del hueso hioides fuese hasta media

pulgada por debajo del cartílago cricoides. Después de cohibir cuidadosamente todos los puntos hemorrágicos abrí las membranas crico-tiroideas, intentando dividir el ala del tiroides de abajo á arriba con un buen par de tijeras rectas. Debido, sin embargo, á que los cartílagos estaban osificados, no fué esto factible, siendo necesario para hacer la división emplear unas pinzas óseas rectas y pequeñas. Así pudo hacerse una abertura que se extendía desde el espacio tiro-hiodes hasta el cartílago cricoides, interesando este último. El ala del tiroides fué entonces separada á un lado con unos retractores romos.

Descubrióse entonces el interior de la laringe, observando con gran satisfacción que la afección no había invadido ninguna de las verdaderas cuerdas vocales. La neoformación estaba entre ellas adherida por un pedículo al ala derecha del cartílago tiroides, más cerca de su borde superior que del inferior. Pasando mi dedo índice derecho dentro de la laringe para cerciorarme bien del tamaño y naturaleza del tumor, observé que había tres (uno del tamaño de una nuez y los otros próximamente del de una haba). El mayor estaba adherido por un pedículo estrecho, el que desprendí con un buen par de tijeras curvas.

Hecho esto, pasé mi dedo dentro de la laringe con la esperanza de extraer el tumor ya desprendido á través de la abertura hecha. Sin embargo, no me fué esto posible, porque se produjo una hemorragia bastante viva en el sitio donde el tumor había estado adherido. Pasé entonces unas pinzas curvas dentro de la laringe, con el objeto de ver si podía extraerlo, pero tampoco pude. Ya empezaba á dudar el poder conseguir su extracción, temiéndome pasara á la boca y fuera tragado por el paciente, cuando el doctor Hepburn calmó mis inquietudes diciéndome que mientras había ido en busca de otras pinzas, y durante un esfuerzo que hizo el paciente, había arrojado por la boca el tumor mezclado con gran cantidad de saliva, sangre y moco.

Los dos tumores pequeños estaban situados sobre la pared posterior de la laringe, diferenciándose del grande extirpado, no sólo por su tamaño, sino también por ser menos prominentes. Se desprendieron por medio de la cucharilla de Volkmann, y al ser extirpados hubo gran he-

morragia que fué principalmente cohibida por presión con esponjas. Se ligaron dos ó tres pequeños vasos en el borde de la herida, y se unió la laringe dividida por medio de seis puntos de sutura con seda fenicada. Los bordes de la piel seccionada fueron asimismo unidos por suturas de seda más fina. Por último, se aplicó la cura de *sal artis* (*), trasladándose el enfermo á su sala.

No creo necesario detallar la mejoría obtenida después de la operación. Diré sólo que la disfagia desapareció inmediatamente y que la convalecencia fué perfectamente apirética y aséptica. El tubo de traqueotomía fué quitado al décimo día después de la operación, y á los diez y seis pudo dedicarse á sus quehaceres. Teniendo en cuenta la extensión de la afección existente y el aumento de volumen visible de su cuello, todas las probabilidades eran de que tarde ó temprano se reproduciría aquélla; pero cuando se considera el estado excepcionalmente crítico del enfermo al tiempo de la operación, el resultado, prolongando su vida, debe tenerse como sumamente satisfactorio.

Los hechos brevemente referidos en este caso, así como los resultados obtenidos por Billroth, Durham, Von Bergmann, Rauchfurs, Köhler, Schuchardt y otros deben influir para disipar entre los cirujanos la hostilidad que muchos sienten contra esta operación, que si no cura radicalmente, como puede hoy esperarse, tumores situados en otras regiones donde es fácil separar todos los tejidos circunvecinos, al menos prolonga una vida sin ella irremisiblemente perdida. (*British Med. Journal*, septiembre 14, página 593.)

(*) Los alquimistas designaban con este nombre, y con los de *sal alembroth*, *sal sapientiæ*, *sal vitæ*, el producto resultante de la sublimación de una mixtura de sublimado corrosivo y sal amoniaco. (*N. de G. M.*)

CANAL ALIMENTICIO

65.—Modo de usar las placas óseas en la cirugía intestinal, según el método del profesor Senn.

Por Frederic B. Jessett, cirujano del Hospital de Cancerosos, Brompton.

[La siguiente descripción de la manera de usar y preparar las «placas óseas» según el método del profesor Senn, de Milwankee, está tomada de la Memoria del doctor Jessett sobre cirugía intestinal presentada al Comité científico de la Asociación Médica Inglesa.]

La gastro-enterotomía y la yeyuno-ileostomía se practican enteramente del mismo modo por medio de las placas óseas descalcificadas, como se ve en la figura 1. Será conveniente antes de describir los diferentes tiempos de la operación explicar cómo se preparan estas placas óseas.

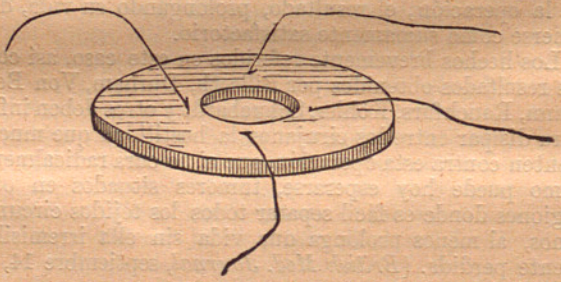


Fig. 1.—Tamaño medio próximamente.

Primeramente se cortan las planchas del diámetro requerido, teniendo las que yo he usado un tamaño uniforme de 2 1/2 pulgadas de largo por 1 de ancho y 1/4 de grueso. Cuando están descalcificadas pueden cortarse fácilmente del tamaño conveniente al tiempo de operar. En el centro tendrán un agujero oval de 3/4 de pulgada de largo por 1/2 de ancho. Para descalarlas se las sumerge en una solución de un 10 por 100 de ácido hidroclórico, dejándolas hasta que se reblandecen bien; al segundo día hay que cambiar la solución ácida, y generalmente están perfectamente descalcificadas en una semana. Entonces se lavan,

dejándolas en agua limpia durante algunas horas para que suelten el ácido excedente, y, finalmente, se las conserva en alcohol rectificado hasta una hora antes de ser usadas, que se las sumerge en una solución al 20 por 100 de ácido carbólico.

Cuando se preparan estas planchas con fines quirúrgicos se hacen cuatro agujeros cerca del borde del orificio central, es decir, uno á cada lado y uno á cada extremo. A través de estos agujeros se pasan cuatro hebras de catgut crómico del núm. 1 de seda china, lo menos de 12 pulgadas de largo, con su correspondiente aguja cada una, las cuales son atadas á otra hebra circular de la misma materia. Una vez dispuestas para ser usadas, se las coloca en una solución de ácido carbólico.

Gastro-enterotomía.—Para practicar esta operación se hace una abertura próximamente de 3 pulgadas de extensión en la línea media del abdomen, entre el cartílago fusiforme y el ombligo, separándose á un lado el epiploon; después se saca por ella un pedazo de yeyuno, que se da, para que le sujete, á un ayudante; asimismo una porción de estómago, próximamente á 2 pulgadas de la gran curvadura y todo lo más cerca posible del píloro, es también sacada por la incisión. Pásanse luego dos tubos de goma á través del mesenterio, á unas 4 pulgadas de separación, uno á cada lado de la porción de intestino que ha de abrirse; y después que éste ha sido vaciado por suaves presiones, se atan los tubos lo bastante para impedir el paso del contenido. Puede obtenerse esto también con el aparato de Makin, ó por medio del pulgar y demás dedos del ayudante, pero prefiero los tubos de goma descritos.

Una vez fuera de la herida la porción de estómago é intestino, se secan bien con esponjas, después de lo cual se hace una abertura de una pulgada de extensión, dirigida longitudinalmente en la superficie convexa del yeyuno, y se aplica una de las planchas óseas; las agujas de las dos hebras laterales son entonces pasadas á través de todas las cubiertas intestinales, cerca del borde cortado, y deshenebradas, dejándose los cabos sueltos á cada uno de los lados de la herida, los cuales se dan á un ayudante para que los sujete mientras el cirujano hace otra incisión en el estómago, paralela á la gran curvadura, dentro de la cual

se adapta la otra plancha ósea, pasando después las agujas de las hebras laterales á través de todas las cubiertas estomacales y deshenebradas para dejar los cabos como en el yeyuno (fig. 2).

Las dos aberturas son después exactamente adaptadas y las placas óseas sostenidas bien en posición por un ayudante mientras el cirujano ata fuertemente las hebras co-

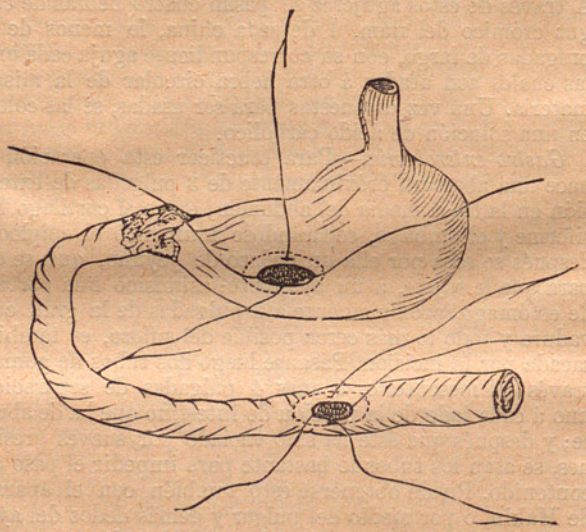


Fig. 2.

rrespondientes á cada placa. Las hebras laterales inferiores deben ser atadas primero, después las de los extremos y por último las laterales superiores. Una vez el yeyuno firmemente fijado al estómago, se vuelven las partes á la cavidad abdominal y se cierra la herida como ordinariamente.

Esta operación puede hacerse fácilmente en quince ó veinte minutos, en lugar de hora y media ó dos horas que se tarda con el método hasta ahora usado. En dos casos en que Mr. V. Horsley y yo practicamos la gastro-enteros-

tomía en perros se hizo la operación con gran rapidez y facilidad, y en ambos casos los perros se curaron sin el menor dolor ó inconveniente.

Yeyuno-ileostomía.—No debe extirparse ninguna porción de intestino enfermo, sino simplemente formar una comunicación artificial entre una porción intestinal, encima de una obstrucción y otra debajo, haciéndose la operación exactamente del mismo modo descrito para la gastro-enterostomía. Sin embargo, si se juzga necesario extirpar una porción intestinal, hay que modificar algo el

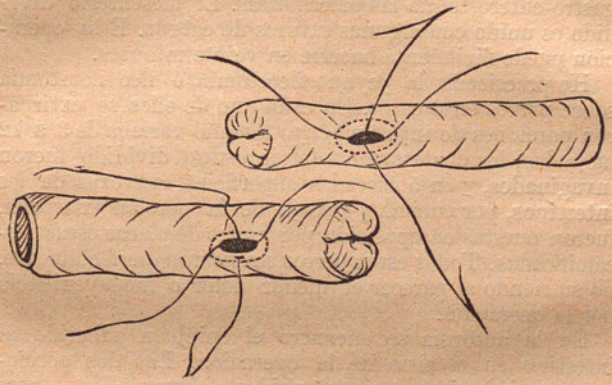


Fig. 3.

procedimiento. En este caso, una vez el intestino bien fuera de la herida abdominal, y después de comprimirlo suavemente en el sitio de la operación para vaciar cuanto sea posible su contenido, se sujeta por medio de las bandas ó tubos de goma, ó por cualquiera de los numerosos medios inventados con este objeto, y se extirpa 4 pulgadas próximamente á cada lado de la porción lesionada. Por medio de esponjas se evitará cuidadosamente que la materia fecal caiga dentro del abdomen y peritoneo, y el intestino es directamente cortado á través con tijeras, extirpándose también un pedazo de mesenterio en forma de V.

Todos los puntos hemorrágicos se asegurarán con ligaduras de catgut, y los dos extremos de cada porción intes-

tinal deben ser invaginados; cuando la invaginación se extiende una pulgada, las cubiertas muscular y serosa de cada una se sostendrán unidas por medio de una sutura de catgut ó seda china. Los dos extremos del intestino son luego colocados paralelamente uno de otro con sus superficies convexas en oposición. Es importante advertir que las dos porciones de intestino son aplicadas de modo que no impidan la acción peristáltica intestinal. Practícase una abertura longitudinalmente de una pulgada en cada porción de intestino, sobre su superficie convexa, y se adaptan y sujetan del mismo modo que en la gastro-enterostomía las placas óseas. El mesenterio dividido es unido con algunas suturas de catgut. Esta operación puede fácilmente hacerse en veinte minutos.

He practicado la yeyuno-ileostomía ó ileo-ileostomía sobre perros en 6 casos. En cada uno de ellos se extirparon porciones de intestino cuyo tamaño variaba de 3 á 12 pulgadas; los dos extremos del intestino dividido fueron invaginados, y en 5 casos las superficies convexas de los intestinos, por encima y debajo de la porción extirpada, fueron puestas en oposición por medio de placas óseas descalcificadas. Todos estos perros se curaron perfectamente, no sufriendo al parecer el menor dolor ó inconveniencia por la operación.

En la autopsia se encontró el epiploon adherido al intestino en el sitio de la operación. Las dos porciones de intestino estaban unidas, observándose entre ellas un orificio de un diámetro suficiente para permitir el paso de los contenidos intestinales. En todos los casos los perros aumentaron de peso después de la operación. El caso 6.° fué operado del mismo modo que el descrito para la ileo-colostomía, es decir, por implantación de la porción próxima dentro de la distal del intestino dividido. Desgraciadamente este perro murió al tercer día, á consecuencia de una hemorragia, por romperse una ligadura de un vaso en el mesenterio. El punto de unión de las dos porciones de intestino estaba cubierto de linfa plástica. (*British Med. Journal*, julio 27 de 1889, pág. 169.)

66—Sobre algunos casos de fístulas de ano y de abscesos de la región ano-rectal

Por Mr. Cestán, del Hospital Broussais.

Las fístulas de ano y los abscesos de la región ano-rectal presentan numerosos puntos de semejanza: etiología por un lado y tratamiento por otro, y como dice Reclús, prácticamente se pueden asimilar estas dos afecciones; es además cosa sabida que la fístula de ano es el último término de la evolución de las colecciones peri-rectales. Dos métodos se disputaban antiguamente la curación de estas últimas: unos, como hacía Foubert, se contentaban con la incisión simple; otros, como Faget, querían una intervención más activa. Este último es el que ha prevalecido á pesar de las disidencias, y como indicaba Barrán en su tesis reciente, es de regla hoy, tanto en los abscesos como en la fístula, seccionar sobre la sonda acanalada todas las partes que separen la cavidad del absceso de la rectal. Unas veces se sacrifica sólo la mucosa, otras hay que comprender el esfínter en la sección, habiéndose podido, con razón, establecer una clasificación de esta lesión tomando el esfínter como punto de mira.

Para las fístulas de ano esta división es de fecha antigua.

Allingham y Gosselin han estudiado el trayecto de las fístulas, demostrando su importancia clínica. «Algunas veces, dice éste último, el trayecto se desliza bajo la piel y va á encontrar la mucosa rectal muy cerca del ano, dejando por encima y por fuera de él la mayor parte, tal vez la totalidad de la porción externa ó subcutánea del esfínter anal; á esta variedad de fístulas se llama fistulita, que prefiero denominar fístula subcutánea; otras veces, las más frecuentes, el trayecto, antes de llegar al recto, atraviesa á más ó menos distancia de la línea media el esfínter externo, y más arriba el esfínter interno; no es, pues, posible hacer la incisión sin cortar todos ó parte de estos músculos; tal es la fístula intraesfinteriana; en otros casos, por último, estando situado el orificio externo muy hacia afuera, el trayecto pasa primero por fuera y después por encima del esfínter; si se emplea el método de la incisión, es inevita-

ble la sección de aquél y la fístula es entonces supraesfinteriana.»

Los abscesos de la región ano-rectal, por el contrario, estaban repartidos por la mayoría de los autores en dos grupos principales: abscesos tuberculosos superficiales, con su asiento en la margen del ano, y abscesos de la fosa isquio-rectal; éstos más extensos y de un pronóstico mucho más grave. Reclús ha sido el primero en dar una clasificación racional de estas colecciones purulentas peri-rectales. Hay que distinguir, según él, tres grupos: abscesos infraesfinterianos ó de la margen del ano, también llamados abscesos tuberculosos y á menudo de origen tuberculoso, debidos al reblandecimiento de nódulos específicos; abscesos extraesfinterianos ó de la fosa isquio-rectal propiamente dicha, comprendidos entre paredes osteo-fibrosas, cuya rigidez hace tan difícil su unión después de una simple punción; por último, los abscesos intraesfinterianos ó subcutáneo-mucosos. En este último caso la colección purulenta se encuentra entre el esfínter por fuera y la mucosa por dentro, que es lo único que separa la cavidad del absceso de la rectal y que es la única que se debe seccionar en el desbridamiento.

Las fístulas y los abscesos peri-rectales pueden, pues, reducirse á dos grupos principales: lesiones extraesfinterianas, en las que está interesado el músculo constrictor del ano, y lesiones intraesfinterianas ó subcutáneo-mucosas independientes del aparato muscular peri-anal. ¿Pero cuál es la frecuencia relativa de estas clases? Para Gosselin, «muy frecuentemente el trayecto atraviesa los esfínteres externo é interno y deben sacrificarse los músculos». Según Allingham, «la fístula empieza generalmente por la formación de un absceso; comúnmente se dice que tiene su asiento en la fosa isquio-rectal, pero puedo asegurar que este es el caso más raro: ulceración de la mucosa, absceso en el tejido submucoso, tales son los términos habituales en la evolución de las fístulas». Esta opinión ha sido confirmada por Reclús y su discípulo Meloche, demostrando que, en la inmensa mayoría de los casos, el esfínter está por fuera de la cavidad del absceso, y que solamente la mucosa separa el estilete intraflemonoso ó intrafistuloso del dedo introducido en el recto. De 40 casos de fístulas de ano, ó abscesos

ano-rectales, el 25 por 100 son intraesfinterianos, el 9,05 por 100 extraesfinterianos y el 65,9 por 100 intraesfinterianos ó subcutáneo-mucosos.

Nuestra estadística es muy corta todavía, pues consta de seis casos recogidos en el hospital Broussais desde el mes de febrero. La historia clínica de estos enfermos presentaba rasgos comunes; uno sólo ofrecía una particularidad: la fístula reconocía por causa una costilla de conejo que se encontró en el trayecto, tomada por una esquirla sacro-coxíjea y extraída por fin con unas pinzas. Todos estos seis casos pertenecían á la variedad subcutáneo-mucosa, siendo fácil y rápida su cura.

El último de nuestros enfermos, pálido, caquéctico, claramente tuberculoso, tenía un absceso voluminoso en la margen del ano, y también en él, por medio del tacto rectal y la introducción de un estilete en la cavidad del absceso, se pudo observar que el esfínter estaba por fuera de la colección.

La disposición de las túnicas del recto da, por lo demás, cuenta de la frecuencia de las lesiones intraesfinterianas. La mucosa ano-rectal presenta, á 2 centímetros del ano, una corona de verdaderos nidos de paloma, las válvulas de Morgagni, dispuestas para recibir los cuerpos extraños, semillas, huesecillos, materias fecales endurecidas, causas ordinarias de las fístulas; esta mucosa se encuentra separada por una capa grasosa bastante laxa del plano muscular que está al lado. Este último es á este nivel grueso y resistente; el esfínter interno por un lado, el externo que le encaja por otro, pueden compararse con una vírola, con una verdadera trama muscular que aisle la mucosa de la fosa isquio-rectal. De esta manera se encuentra formado, entre la pared muscular y la mucosa, un trayecto celulo-mucoso que recorren los cuerpos extraños detenidos á nivel de las válvulas de Morgagni, la fístula, que es su consecuencia, y por lo tanto intraesfinteriana; por otra parte, en los casos de abscesos tuberculosos, en esta capa es donde siempre se desarrollan las colecciones consecutivas á la erosión de la mucosa.

En resumen, las fístulas y los abscesos están situados con mucha frecuencia bajo la mucosa rectal; esta disposición mejora el pronóstico, puesto que descarta la posibilidad

de la incontinencia fecal que se temía á consecuencia de la sección del esfínter. (*Gazette Hebdomadaire, etc.*, 14 junio de 1889.)

67.—Sobre la operación de la proctectomía en la afección cancerosa del recto.

Por Thomas R. Jessop, cirujano de la Enfermería general de Leeds.

[Los dos artículos siguientes forman parte de una comunicación dirigida á la British Medical Association (Asociación Médica Británica) y leída al abrirse la Sección de Cirugía en la sesión anual de 1889.]

Respecto á la proctectomía (operación que aunque practicada en Inglaterra durante muchos años no ha adquirido importancia sino debido á la constancia y éxito con ella obtenidos por muchos colegas de Alemania) debo hacer ante todo la observación de que, basada en el origen local del cáncer, tiende á la completa desaparición de la afección, y por lo tanto, si no da lugar á una desproporcionada mortalidad ni va seguida de grandes desventajas, debe subsistir, considerándosela como un verdadero procedimiento quirúrgico. Aun no estoy seguro de que pueda considerársela ya como tal. Las observaciones de vez en cuando publicadas nos inducen á creer que con el perfeccionamiento en el procedimiento sólo queda determinar en qué casos puede ó no recomendarse la proctectomía. Mi experiencia es aún reducida, no pasando los casos por mí observados de 7 quizás, de los cuales uno murió á consecuencia de la operación. El paciente era un pobre cura completamente sumido en la mayor pobreza y desesperación, y la afección estaba muy extendida, ocupando cuatro quintos de la circunferencia del intestino, enteramente dentro del ano, propagándose tan arriba que el dedo no podía llegar á la membrana mucosa sana. Aunque nada malo ocurrió durante la operación, no se reanimó sino con el auxilio de los estimulantes, muriendo sin que desapareciera el primer colapso. Los 6 restantes mejoraron más ó menos. En los 3 más favorables la afección estaba situada en las paredes posterior ó lateral del recto, encima del esfínter y perfectamente accesible al dedo, viviendo todos al tiempo de escribir estas líneas: uno estaba

aparentemente bien al cabo de veintiún meses y sin mostrar signos de reproducción; el segundo, á los diez y siete meses, también se hallaba bien; el tercero, en cambio, operado hace nueve meses, no ha podido abandonar su cuarto por habérsele reproducido la afección, la cual ha invadido ya los tejidos pelvianos hasta el punto de temerse una pronta terminación fatal. El caso quinto, tan favorable como los tres anteriores, era una señora, sobre cuya superficie anterior de su recto existía una úlcera carcinomatosa profunda y dura del tamaño de un florín. La membrana mucosa vaginal pudo moverse sobre el tumor, de modo que fué posible separar los tejidos infiltrados dejando intacto el canal vaginal. Una circunstancia imprevista interrumpió el natural curso del restablecimiento, pues habiendo curado la solución de continuidad producida con salufer puro, la acción escarótica de este poderoso y útil antiséptico produjo la perforación consecutiva de la pared recto-vaginal, que retardó la convalecencia y perfecta curación de la enferma. El estado actual de esta señora (trece meses después de la operación) es muy satisfactorio, pues además de no haberse reproducido la afección, la pequeña abertura vaginal, hoy completamente cicatrizada, no dificulta nada la acción del esfínter, permitiendo sólo la salida de la materia fecal cuando por cualquier causa es líquida.

Las dos operaciones restantes se practicaron con el objeto de extirpar el tejido afectado, situado mucho más arriba. En cada uno de estos dos casos había un anillo duro y medular rodeando por completo al intestino, á través del cual podía pasarse el dedo, mientras que la porción anal del recto, en una extensión de 2 á 3 pulgadas, estaba sana. En ambos fué extirpada toda la neoformación sin mucha dificultad. El primero era un adulto, con una gran pelvis, cuyos tejidos estaban flojos y relajados. Después de extirpar el anillo conseguí juntar y suturar los bordes divididos de la membrana mucosa. En el segundo, una mujer también adulta, la bolsa peritoneal de Douglas fué extensamente abierta, percibiéndose á través de la abertura el útero y los intestinos pequeños. En este caso determiné no hacer ninguna sutura, sino adaptar simplemente los bordes, asegurando el libre desagüe con la introducción de un gran tubo. Ambos casos curaron, hallándose perfectamente

bien á los cinco meses el uno y á las veintiséis semanas el otro después de la operación.

De los siete casos, uno, según he dicho ya, murió á los pocos días; en otro se reprodujo rápidamente la afección; en el tercero, excepto el que un pequeño orificio recto-vaginal suele permitir el paso involuntario de flato y heces fecales, se obtuvo una curación al menos temporal; en los cuatro restantes, en cambio, se obtuvieron excelentes resultados inmediatos y el estado de cada uno de ellos, respecto á la defecación y molestias locales, es muy satisfactorio é incomparablemente mejor que el obtenido con la colotomía. Además de estas ventajas existe la esperanza de una impunidad más ó menos prolongada respecto á la afección.

Resultados tales nos animan, pues, á esperar que, con mayor experiencia y una apreciación más exacta de las causas de peligro, tendremos en la proctectomía un buen medio de prolongar la vida y mitigar los sufrimientos, aplicable á un número considerable de casos, en los que otras medidas sólo proporcionan una imperfecta atenuación. Trato principalmente de este asunto con el objeto de conocer el resultado de la experiencia de otros colegas, y especialmente los métodos, detalles y operatoria que emplean.

Hasta ahora no he intentado la extirpación del cáncer cuando se halla más allá de donde llegue el dedo en el examen ordinario, teniendo por lo tanto gran interés en saber el resultado y modo de practicar aquélla cuando los neoplasmas se hallan en las porciones superiores del recto. Tampoco he aconsejado la extirpación en el hombre cuando la afección tiene su asiento sobre la pared anterior del recto, pues he creído que al operar se puede lesionar la uretra, la próstata ó la vejiga. La abertura del peritoneo en la proctectomía, si bien no está libre de peligro, no va necesariamente seguida, según he observado, de consecuencias graves. Por otra parte, la comunicación con la uretra ó vejiga puede dar lugar á inconvenientes tales que neutralicen el beneficio obtenido con la extirpación del tumor.

Voy ahora á ocuparme de uno ó dos puntos de interés é importancia relativos á la operación en sí. Colocado el paciente en la posición para la litotomía, puede llegarse al

tumor de una ó dos maneras: dilatando ampliamente el esfínter por medio del dilatador de Weiss modificado ó incindiendo profundamente el recto hacia el coxis. El primer plan suele bastar en sujetos delgados y débiles, pero en los robustos sólo puede descubrirse bien el interior del recto haciendo una incisión extensa y profunda. Una vez descubierta la úlcera ó tumor se hace una incisión á su al rededor, de modo que la circunde bien, completándose la extirpación con las tijeras, teniendo cuidado de incluir en las partes extirpadas una gran porción de tejido sano. La hemorragia que se produce suele cohibirse sin gran dificultad, valiéndonos de ligaduras y esponjas. Algunas veces he encontrado practicable ajustar los bordes cortados de la membrana mucosa, pero no he observado que el cuidado y atención que esto requiere vaya seguido de ventajas compensatorias. La mayoría de las veces se ha dejado abierta la herida producida, teniendo cuidado de conservarla limpia con el libre uso del iodoformo ú otro antiséptico cualquiera y la aplicación de tubos de desagüe que impidan el acúmulo de secreciones. Mucho del éxito de la operación estoy convencido que depende de la excesiva limpieza de la herida, no sólo mientras se practica aquélla, sino durante los días subsiguientes. Generalmente yo lavo el recto con alguna solución antiséptica cada ocho horas, inyectando después un supositorio de iodoformo. Teniendo presente estos detalles no hay temor que sobrevengan complicaciones, acelerándose mucho el proceso cicatricial.

Creo que debe reconocerse, sin embargo, que en el estado actual de nuestros conocimientos y experiencia, la proctectomía es una operación de uso limitado y sólo aplicable en poquísimos casos. Cuando el tumor está al alcance de los dedos y limitado á las porciones posterior ó lateral del recto, ó si estando situado anteriormente no ha invadido los tejidos por fuera de la pared muscular del intestino, y también cuando se puede preservar la actividad funcional del esfínter externo, no dudo en recomendar su adopción; pero en aquellos casos en los que la afección tiene su asiento más allá de lo que alcance el dedo introducido por el recto, ó se haya propagado á dichas regiones, creo que debemos recurrir á medios menos radicales. (*British Medical Journal*, agosto 24 de 1889, pág. 406.)

68.—Sobre la operación de la colotomía para el cáncer del recto.

Por Thomas R. Jessop, Leeds.

Si nos hallamos con un caso de cáncer situado en la parte superior movible del recto, pudiendo dar lugar á la completa obstrucción, probablemente convendremos todos en que es preferible hacer un ano artificial en la parte superior del colon en cuanto se presenten los primeros síntomas obstructores y antes de que aparezcan aquellas alteraciones ulteriores de que tanto depende la mortalidad en la colotomía. Y expondré aquí mi opinión de que en estas circunstancias debe preferirse la colotomía lumbar izquierda ordinaria, no sólo por la facilidad con que se llega al intestino distendido, sino principalmente porque se hace la incisión á suficiente distancia de la parte afecta para asegurarse de que no llega á ella la infiltración cancerosa ni los cambios ulcerosos que puedan ocurrir en el lado distal de un conducto estrechado. La conveniencia de practicar la operación pronto se demuestra bien por el hecho de que de 15 casos operados cuando la obstrucción era completa, 5 murieron en la primer semana, 2 á los tres meses y los 8 restantes á los doce, incluyendo uno que sobrevivió veintidós meses á la operación.

Por otra parte, de 9 casos operados cuando no había síntomas de obstrucción, la muerte más pronta tuvo lugar á los dos meses, pudiendo calcularse el término medio de vida en once meses. Además, revisando una mayor serie de casos, observo que de 54 casos de colotomía tomados tanto del hospital como de mi práctica particular, y hecha únicamente para aliviar la molestia y no por obstrucción, sólo 3 murieron en el primer mes, existiendo en cada uno de ellos alguna circunstancia especial, como edad muy avanzada, gran demacración, á que atribuir la muerte tan prematura. No es en casos de obstrucción inminente ó completa donde se presentan dificultades respecto á la línea de conducta que ha de seguirse. Cuando la muerte es inminente y otros medios no han dado resultado, está perfectamente indicado abrir el intestino para dar salida á la excreta en él encerrada; y como hemos visto, cuanto más pronto se haga esto, más segura será la mejoría obtenida.

Y teniendo en cuenta el resultado de mis observaciones, diré que, dado un diagnóstico de cáncer situado en la parte superior del recto (en los primeros períodos es indudablemente siempre fácil), el deber del cirujano es recomendar la pronta formación de un ano artificial.

Sin embargo, aun faltan por considerar aquellos casos en que se hallan afectadas las porciones media é inferior del recto, y en los que no es aplicable la extirpación ni es probable sobrevenga una gran obstrucción. ¿Cómo deben tratarse estos casos? La conveniencia de recomendar la colotomía depende de la contestación que se dé á estas dos preguntas. ¿Adoptándola, se prolonga la vida del enfermo? ¿Se hacen con ella más soportables sus últimos días?

Para poder contestarlas he indagado los antecedentes de 86 pacientes, de los cuales 52 no se operaron y 34 fueron sometidos, en diferentes períodos de la afección, á la colotomía lumbar izquierda. He tenido buen cuidado al hacer estas indagaciones de excluir todos los casos dudosos, fijándome sólo en aquellos sometidos á mi personal observación durante los últimos años. La duración de la vida en los que no fueron operados desde la aparición de los primeros síntomas fué, por término medio, de diez y siete meses, mientras que en los 34 en que se hizo la colotomía fué de veintidós meses y medio. Esto da un término medio de duración de la vida en cada caso operado de cinco meses y medio. Además, la duración media de la vida en los 34 casos después de operados fué de cincuenta y tres semanas, mientras que en 37 de los 52 casos en los que he anotado en mis apuntes haber recomendado la colotomía, pero sin que se siguiera mi consejo, la duración media de la vida desde que los vi era de casi treinta y cuatro semanas, es decir, nueve semanas más de vida de aquellos en quien se hizo la colotomía. No es desacertado suponer, quizás, que los enfermos que consintieron operarse estaban en un estado de más gravedad que aquellos que por alguna razón rehusaron; y si así fuera, la duración de la vida en aquéllos hubiera sido probablemente, por término medio, menor que en los que no en tan grave estado rehusaron la intervención del cirujano. Sea de esto lo que quiera, por los hechos precedentes se demuestra de un modo evi-

dente que el recomendar la formación de un ano artificial en dichos casos está justificado, porque así prolongamos bastante la vida de los enfermos.

Es digno de notarse que la proporción de enfermos que han rehusado la operación ha aumentado durante estos últimos años. Creo que la causa de esto debe atribuirse al hecho de que, por una razón inexplicable, la confianza en el valor de la colotomía se ha ido gradualmente menguando, y todos sabemos la mucha influencia que sobre los pacientes ejerce la opinión de sus consejeros. Al comenzar este resumen de mi propia experiencia creí, lo confieso ingenuamente, que los resultados no serían favorables á la colotomía. Pero hoy, después de terminado, estoy plenamente convencido de que con dicha operación prolongamos la vida de todos los enfermos de cáncer del recto. Ahora tenemos que considerar si se mejora mucho el estado físico del enfermo y lo que se atenúan sus sufrimientos con la operación. Téngase en cuenta que me refiero sólo á casos en los que no hay obstrucción material al paso de la materia fecal, y á aquellos que por otra parte están caracterizados por evacuaciones frecuentes involuntarias y molestas, dolor continuo debido en gran parte á la presencia del excreta en el recto y pérdida mayor ó menor de su poder expulsivo. La mejoría obtenida debe calcularse por la disminución de la molestia que produce el paso de la materia fecal por la superficie enferma. Nunca se obtiene una curación completa, siendo condición inseparable de este estado el dolor y molestias variables. Aquí no tenemos la seguridad de que no se reproduzca el cáncer ni evitamos el que pueda sobrevenir más adelante la muerte por obstrucción completa. La curación mental obtenida en un caso y la mejoría física notada en el otro faltan aquí. Sin embargo, á pesar de todo esto, una comparación minuciosa é imparcial de sus sufrimientos en una serie de pacientes, incluso algunos que han rehusado y otros que han aceptado la operación, me ha convencido de la gran utilidad de la colotomía, haciendo desaparecer por completo las dudas respecto á su beneficiosa influencia. Las conclusiones que puedo sentar son que con ella se disminuye la intensidad del dolor continuo; el deseo casi constante de defecar, tan molesto cuando no se ha hecho la operación, desaparece

en algunos y disminuye en otros; la incontinencia de heces fecales, fuente frecuente de angustia en muchos enfermos, falta generalmente en el operado, y finalmente, las evacuaciones no sólo se hacen con comparativa facilidad, sino que en la mayoría se disminuyen á dos ó lo más tres en las veinticuatro horas.

Por último, nos falta determinar qué clase de ano artificial llenó mejor las necesidades del enfermo, obteniéndose con él un estado más parecido al natural. Hasta hace poco la operación llamada colotomía lumbar izquierda era la que más generalmente se practicaba. La colotomía inguinal se empleaba sólo de vez en cuando, estando basadas sus ventajas en otro procedimiento, hasta que hace dos años el doctor Allingham leyó su Memoria sobre esta cuestión en la Sección Quirúrgica de la Academia de Dublín, y los cirujanos de hospital empezaron á ver sus ventajas sobre la operación usual. Aun no he practicado la colotomía inguinal en ningún caso de cáncer, pero indudablemente muchos de los presentes no tendrán inconveniente en decirnos el resultado de su experiencia para que podamos formar juicio sobre sus méritos. Lo que puedo decir es que habiendo abierto el colon descendente en la región lumbar izquierda 103 veces, he observado que no es una operación que satisface bajo algunos aspectos. Suele de vez en cuando ofrecer dificultades, aunque no sean éstas invencibles. En las personas gruesas se observará algunas veces que los intestinos están delante de la línea anatómica; en los delgados y extenuados los intestinos, vacíos, pueden estar deprimidos hacia abajo y como formando un cordón al lado de la columna vertebral. En estos casos es posible que sea necesario abrir el peritoneo, mientras que en otros puede abrirse éste involuntariamente. Con limpieza, y teniendo cuidado de evitar la introducción de cualquier materia putrescible, puede impunemente introducirse libremente el dedo dentro de la cavidad abdominal y registrar el intestino enfermo. Más de una vez me ha sucedido abrir con una misma incisión el colon fuertemente distendido y la cavidad peritoneal, apercibiéndome del accidente por cubrirse la herida de abundante materia fecal líquida. La distensión intestinal asegura la exacta unión de la herida, y yo he tenido siempre cuidado de secundarlo cogiendo el

borde cortado del colon con pinzas y trayéndolo á la superficie. No es por las dificultades con que algunas veces tropezamos, ó por los accidentes, que no siempre podemos evitar, por lo que no me satisface esta operación desde tan antiguo inventada, ni tampoco por la gran mortalidad á que indudablemente da lugar cuando se emplea para remediar una obstrucción completa, mortalidad que puedo demostrar es más bien debida á circunstancias anteriores á la operación que á ella misma, sino más bien por fracaso en un número de casos en que se quería asegurar con ella el desvío de la materia fecal, y por una tendencia á la estenosis gradual, y hasta el cierre de la abertura hecha de un lado ó un prolapso intestinal intratable de otro, que en un gran número de casos desvirtúan sus ventajas.

Con la colotomía inguinal, cuando está bien hecha, no hay posibilidad de que las heces fecales pasen más allá del agujero hecho, y además la extirpación de una porción del borde libre del intestino asegura la continua abertura de éste, impidiendo su cierre, así como puede prevenirse eficazmente el prolapso con el uso de un braguero apropiado. Si se prueba el fundamento de estas ventajas (y los casos que he visto en Londres, Leeds y Newcastle parecen confirmarlas), los principales inconvenientes de la colotomía habrán desaparecido. Se seguirá prefiriendo la abertura lumbar cuando el tumor está tan alto que no haya seguridad de alcanzar el intestino con la incisión inguinal, y probablemente también en casos de gran distensión, en que se impone una abertura inmediata para curar la obstrucción. No hace aún mucho tiempo, un hombre cuyo colon había abierto algunos meses antes volvió casi al mismo estado que antes de la operación, pasando la materia fecal por el recto á pesar de permanecer abierto como al principio el orificio artificial. Para su completa curación practiqué la colotomía. Después de desprender el colon de su adherencia al agujero lumbar, se sacó fuera y se dividió completamente. Después de asegurar temporalmente el extremo superior con una ligadura de seda, de modo que se impidiese el escape de material fecal, y entregarlo á un ayudante, cogí primero la porción inferior, y sintiéndola vacía, pude cerrarla en seguida perfectamente cosiendo con seda fina su pared invaginada de tal modo que hubiera dos superfi-

cies serosas en contacto en toda la circunferencia. Con esto se impedía todo retroceso de su contenido, introduciéndose el extremo distal del intestino dentro de la cavidad abdominal. El extremo superior fué luego cosido á los bordes de la incisión lumbar, y de este modo todo el contenido intestinal tenía por precisión que evacuarse por dicha abertura.

Si la experiencia enseña que con este método no es mayor la mortalidad que con el ordinario, es indudable que debe preferirse, puesto que con él cumplimos de una manera más completa el fin que nos proponemos, ó sea desviar el contenido intestinal, haciéndole salir por la abertura artificial, ó separar la porción del recto afectado del resto del canal alimenticio. Se ha propuesto, y hasta creo que se ha ensayado, la extirpación del intestino canceroso á través de la abertura lumbar ó inguinal; pero hasta el presente debemos limitarnos, respecto al cáncer del recto, á elegir entre la proctectomía y el ano artificial. (*Brit. Med. Journal*, agosto 24, pág. 408.)

69.—Del puente mucoso para reconstituir el borde libre del labio inferior después de la ablación de los tumores epiteliales; procedimiento del doctor León Tripier.

Por el doctor Imbert, de Lyón.

Cuando publiqué mi tesis, cuyo objeto era dar á conocer un procedimiento ideado por el profesor Tripier para reconstituir el borde libre del labio superior por medio de un colgajo mucoso en forma de puente, sólo tenía recogidas tres observaciones de enfermos tratados siguiendo este procedimiento, y de las cuales una sola era concluyente; pero desde entonces esta operación ha sido practicada gran número de veces por Tripier, Jacques, Reverdin y Tedenat, y se ha adquirido la convicción de que este complemento autoplástico de las operaciones sobre el labio inferior era de fácil ejecución y daba un resultado definitivo superior á todos los procedimientos hasta ahora empleados, circunstancias que me mueven á describir este procedimiento cuyo manual operatorio se ha multiplicado mucho.

Las operaciones autoplásticas del labio inferior se prac-

tican habitualmente como consecuencia de ablaciones de tumores epiteliales, y cualquiera que sea el procedimiento que se emplee, si el tumor no puede extirparse por la clásica incisión en V, tratándose de un tumor todavía limitado, sólo es posible dar al labio un borde constante sin espesor incapaz de reproducir las elevaciones y depresiones de un labio normal; y si no es posible tomar un colgajo de la mejilla, lo que al principio será de un resultado inmediato pasadero, será detestable para el porvenir si el tumor es extenso y su extirpación exige gran pérdida de sustancia.

Este inconveniente se paliaría en parte si se encontrara el medio de recubrir la superficie cruenta con otra superficie mucosa, y á esto se dirigieron los esfuerzos de los cirujanos con el desdoblamiento de un colgajo cutáneo tallado en la región cervical, á modo de Chopart, ó conservando en la cara interna del tumor los colgajos mucosos que parecieran sanos, como Serrer.

El profesor León Tripier ha conseguido el resultado deseado haciendo del ribeteado de la mucosa un método general aplicable á la mayoría de los casos, indicando los medios de ejecutarla y estableciendo de una manera precisa las reglas de esta operación autoplástica. Por lo demás, los hechos han probado la vitalidad del colgajo mucoso, la facilidad con que se talla y los excelentes resultados que ha dado. El colgajo de Mr. Tripier se compone de una tira de mucosa de forma prolongada y cuadrilátera desprendida de las partes blandas, excepto por sus dos extremidades, que son sus puntos de implantación. La parte media del colgajo es muy movible y puede desviarse con torsión apreciable del doble pedículo, según que deba servir para la restauración del labio ó de una de las comisuras; su dirección será longitudinal y paralela al eje transversal de la boca, ó curvilínea, abarcando la concavidad la comisura que vaya á reparar; en el primer caso el colgajo se toma de un solo labio, encontrándose sus dos puntos de inserción en dicho labio al nivel de las comisuras; en el segundo caso cada una de las extremidades se encuentra en distinto labio, correspondiendo á la comisura su parte media.

El colgajo mucoso está destinado á recubrir el borde

libre de la superficie cruenta, preparada de antemano para reconstituir un labio parecido al normal. He aquí la descripción del procedimiento:

Reglas generales para tallar el colgajo mucoso.—1.ª Se afeitará cuidadosamente al enfermo, quitando el tártaro que cubra los dientes, así como los raigones ó resto de aquéllos, inútiles para la masticación, procurando obtener la asepsia completa de la cavidad bucal; 2.ª, anestesia, ablación de los ganglios infartados, suturando la herida producida y colocando el desagüe en su parte declive; 3.ª, incisión del tumor con tijeras ó bisturí. Se circunscribe el tumor con el bisturí por medio de dos incisiones superficiales para separarle por delante de la piel sana y por detrás de la mucosa.

Una vez que la incisión posterior haya llegado á cada lado del tumor, se la lleva hacia adelante y se reune, por medio de un trayecto oblicuo, con la incisión anterior, que marcha en toda su longitud por la línea de unión de la piel á la mucosa, y aislado así, el tumor se extirpa con tijeras. Si el labio se encuentra invadido profundamente, la brecha formada se cubre con un colgajo cutáneo, según la idea de Lallemand, modificada por Volkmann, y sólo ejecutado en Francia por Trelat. Este colgajo, de forma más ó menos cuadrilátera, pero afilado en su punta, tiene su base á nivel de una de las comisuras. Se toma en las partes laterales del mentón y desciende más ó menos bajo, según la extensión de la pérdida de sustancia que hay que cubrir, y una vez colocado en su sitio, será sostenido por los tegumentos del mentón más íntimamente adherentes al maxilar. Las principales ventajas de este colgajo, son: la poca torsión del pedículo y el sostén que encuentra en los tegumentos del mentón. Al disecarle, se dejará toda la parte sana de la mucosa que después pudiera servir.

4.ª Para describir el modo de tallar el colgajo mucoso supondremos el caso de un cancroide interesando el labio, principalmente en la longitud del borde libre y respetando gran parte de su altura, y que después de su ablación haya quedado una superficie cruenta extendida de una á otra comisura.

Escindido el tumor, dos ayudantes mantienen ranver-

sado el labio hacia afuera para descubrir y poner tensa la mucosa, bien con los dedos, bien con dos hilos de seda pasados por las comisuras. El cirujano mide la longitud y anchura del colgajo mucoso que le es necesario, teniendo en cuenta la retracción, debiendo siempre tener por lo menos 12 á 15 milímetros en su parte media y un poco más en las bases. Se circunscribe este colgajo por una incisión transversal más ó menos próxima al surco gingivo-bucal. Es importante no tomar nada de la mucosa gingival. Se inmoviliza entonces el colgajo, ya por disección con el bisturí, ya, sobre todo, por transfisión por medio de un tenótomo que se hace pasar por debajo del colgajo de una á otra de sus extremidades. Asegurada la hemostasia, se lleva el colgajo sobre las partes que ha de recubrir y se le fija con puntos de sutura; pero antes se le adapta perfectamente sin tensión ni esfuerzo alguno, dándole la forma más normal posible al labio y uniendo exactamente su borde con la línea de sección en la piel.

Si el tumor ha pasado de la comisura é invadido una porción del labio superior, hay que reconstituir, no solamente el borde libre del labio superior, sino el rodete mucoso de la comisura. Basta para ello llevar hacia el labio superior uno de los pedículos y dar á la incisión hecha para desprender el colgajo una dirección curvilínea.

5.ª *Suturas.*—El primer punto se coloca en la línea media, el segundo en las elevaciones laterales y otro á nivel de cada una de las comisuras. No se cortan los hilos, porque tirando de dos de éstos en sentido contrario se ponen tensos los tegumentos, lo que permite aplicar de una manera más regular los puntos de sutura intermedios, que deben colocarse á 5 milímetros unos de otros y con agujas finas. Como material de sutura, el hilo de hierro recocido es excelente y preferible al catgut, que hay que desechar en las autoplastias.

Para completar la adaptación del colgajo se colocan en el borde posterior dos hilos que unan este borde con el de la mucosa, que se deja en el surco gingivo-bucal y entrecruzándose en X á causa de su dirección oblicua. Estos puntos de sutura sirven para sostener un tapón de gasa iodoformada, que sirve de cura y de agente hemostático y son útiles para obrar sobre la parte media, donde es más

de temer la mortificación. Para restaurar la comisura se sutura de la misma manera. Por último, si existe á la vez un colgajo mucoso y otro cutáneo, se empieza por fijar este último, primero con alfileres, y después con puntos de sutura metálica ó de perfeccionamiento, manteniéndose aisladamente los alfileres con doble hilo de seda. El colgajo mucoso se fija por encima del cutáneo como en el primer caso.

6.ª La cura consiste en pulverización de iodoformo por las líneas de sutura, colocación de un pequeño tapón de gasa iodofórmica y adaptación al labio de un trozo de lint boratado impregnado en ungüento boratado; trozo que está escotado en los lados para abarcar las comisuras, y su extremidad superior, arrollándose sobre el borde libre, se aloja en el surco gingivo-bucal. Sobre la herida producida al extirpar los ganglios infartados se coloca un tapón de gasa empapada en una solución de sublimado al 1 por 1.000, y todo se cubre luego con algodón boratado, sosteniéndolo con vendas de tarlatana húmedas; terminada la cura, es útil extender por encima de ella una capa de colodion para impedir sea mojada y ensuciada por las bebidas y alimentos.

7.º De una manera general, la cura debe cambiarse al día siguiente, á causa de la sangre que no deja de mancharla. Se lava la herida con agua boratada al 4 por 100 por medio de un chorro, sin tocar directamente la herida, y se vuelve á aplicar otro vendaje como el primero, que puede dejarse varios días.

El colgajo mucoso puede tomar un aspecto azulado y hacer creer en su mortificación, pero este aspecto desaparece pronto.

El mayor inconveniente es la alimentación, respecto á la infección de la herida, no obstante de poderse emplear la sonda esofágica si no hay intolerancia.

Los alfileres se quitan al tercer día; los hilos metálicos se cortarán el día octavo.

De 48 casos en que el profesor Tripier ha empleado este procedimiento, sólo en 4 no consiguió resultado: en 2, por mortificación del colgajo, y en los otros 2, por recidiva del cancroide. (*Revue de Chirurgie*, 10 de abril de 1889.)

70.—Suplemento importante á la operación de la colotomía inguinal.

Por Herbert W. Allingham, cirujano de los hospitales Great Northern y S. Marck.

Como acabo de practicar diez y ocho colotomías inguinales, y he tenido la oportunidad de observar las consecuencias de lo menos diez más, he podido apreciar bien las distintas fases de esta operación, notando que existe un estado en el que el operar en la región ilíaca puede ser desventajoso, ó quizás más bien de resultados nocivos. En

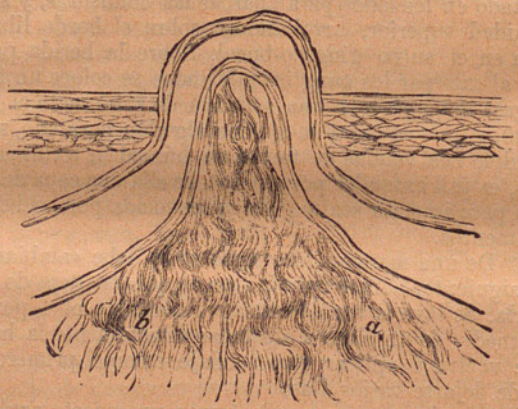
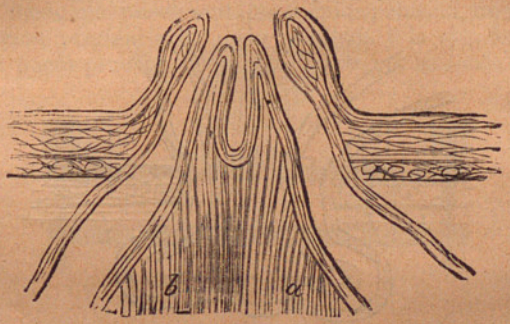


Fig. 1.

más de seis casos he observado que después que los enfermos se levantan y pueden ya andar, etc., se produce una gran procidencia del intestino á través de la abertura inguinal, que naturalmente les ocasiona gran molestia y requiere el uso de un fuerte braguero para sostener el intestino en su sitio, no pareciendo siempre que los intestinos actúan. Durante mucho tiempo he pensado sobre las causas posibles de dicha procidencia, no pudiendo fácilmente llegar á una solución satisfactoria.

Mi primera teoría atribuía la causa de este desagradable efecto á la excesiva extensión de la incisión en la pa-

red abdominal. En algunos de mis casos, pues, reduje dicha incisión á menos de 2 pulgadas, obteniendo resultados distintos: en uno ó dos casos se corrigió parcialmente la procidencia, mientras que en otros siguió lo mismo que antes, no modificándose nada. Deduje entonces que mi teoría era errónea, y que la mayor ó menor extensión de la incisión de ningún modo influía en la procidencia intestinal. Después de pensar sobre el asunto, se me ocurrió que este efecto pudiera tener alguna relación con la extensión del mesenterio sigmoideo, que es algunas veces excesivamente grande, midiendo lo menos 4 pulgadas des-



2.

de el intestino á su adherencia al ílium. En la adjunta figura (fig. 1) puede verse que si el intestino sobresale sólo lo suficiente para formar un espolón, pero el mesenterio en *a* y *b* es ancho, siempre que actúen los intestinos el mesenterio extendido permitirá fácilmente la procidencia. En la figura 2 se representa este resultado, esto es, sobresaliendo el intestino mientras que el mesenterio en *a* y *b* se estira.

Ahora veamos lo que conviene hacer en estos casos. Después de practicada la primera parte de la operación del modo corriente, haciendo una incisión de 2 pulgadas de extensión, una al lado interno de la espina antero-superior del ílium, y de coser el peritoneo parietal á la piel, se coge el intestino por su extremo inferior y se tira hacia

afuera hasta que no pueda sobresalir más, haciéndose lo mismo con el extremo superior. El mesenterio está ahora completamente estirado, quedando fuera sobre el abdomen una porción de intestino de varias pulgadas de extensión, según se ve en la figura 3. Pásanse entonces varias suturas á través del mesenterio y de las cubiertas muscular y serosa del intestino para evitar la retracción de la masa, con lo cual, y quedando aquél perfectamente estirado, no es ya posible la procidencia.

De doce horas á tres días después de esta primera operación, dependiendo el tiempo del estado del paciente y urgencia del caso, extirpo la masa de intestino sacada. Ante

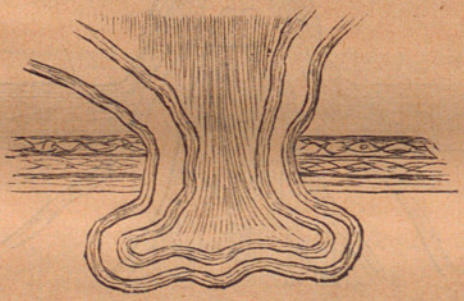


Fig. 3.

todo se aplica un torniquete provisto de pesas (fig. 4), á una pulgada próximamente de la herida, y se aprieta fuertemente, sin lo cual, cuando se corta el intestino, puede salirse del muñón, sobreviniendo una hemorragia grave. Después se cortan todas las porciones de intestino por encima del torniquete, dejando á éste firmemente fijado durante unas doce horas para evitar toda hemorragia. Los pedazos de intestino extirpados en mis casos medían de 4 á 12 pulgadas y pesaban de 3 á 6 onzas.

[El doctor Allingham procede después á relatar cinco casos de colotomía inguinal, para mejor ilustrar los puntos principales de lo que puede llamarse operación secundaria ó suplementaria, que omitimos.]

Un estudio detenido de mis casos creo que demostrará

que he llegado á explicar perfectamente la causa de la procidencia intestinal consecutiva á la colotomía inguinal. Lo que es más importante es el modo de tratar y prevenir esta procidencia intestinal, debiendo confesar ingenuamente que este procedimiento suplementario con el que se corta tan gran porción de intestino ha aumentado mucho la gravedad de la operación. El método primitivo, si se practica con cuidado y escrupulosidad, está realmente libre de todo peligro, siendo comparativamente trivial. No obstante la gran molestia que produce dicha procidencia, necesita, al menos así lo creo, que se haga algo en relación con las circunstancias para evitarla.

De modo que puede sentarse como conclusión, que si la operación originaria ha dado resultado y la vida del paciente puede probablemente conservarse por bastante tiem-

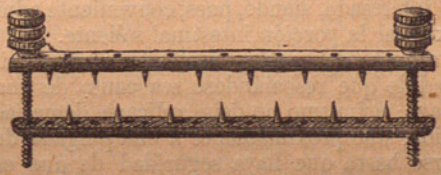


Fig. 4.

po, este descenso ó procidencia intestinal por la abertura inguinal debe ser evitado. Conviene recordar que la existencia de un mesenterio flácido y distendido es el *sine qua non* de este procedimiento suplementario. Si el mesenterio se halla así y no se toman medidas para contener la procidencia, los enfermos que han sido operados por estrechez con ulceración del recto, probablemente combinada con fístula recto-vaginal ó recto-vesical, habrán sufrido una operación paliativa, que aun llenando el principal objeto, cual es curar la obstrucción del recto, da lugar á una fuente constante de alteraciones ó molestias, como indudablemente las produce la procidencia intestinal por la abertura inguinal. Algunos pacientes me han dicho que si hubieran sabido que podía resultarles esto nunca hubiesen consentido en dejar hacerse la colotomía inguinal. En casos, pues, de estrechez benigna, en que la vida del paciente puede

ser prolongada mucho tiempo, aconsejo para hacerla confortable la adopción de mi procedimiento suplementario, de extirpar completamente toda la masa intestinal que pueda sacarse por la abertura inguinal.

Por otra parte, en casos de afección maligna, cuando el enfermo está sumamente extenuado, contando probablemente sólo con algunos meses ó quizás semanas de vida, no creo conveniente hacer ninguna operación ulterior, contentándonos únicamente con empujar el intestino á través de la herida hecha. Si sobreviene la procidencia, como el enfermo tiene que estar en cama ó echado sobre un sofá, no pudiendo llevar una vida más ó menos activa, no resulta aquélla tan molesta.

Para concluir, debo llamar la atención sobre algunos puntos respecto á esta operación: Cuando se corta el mesenterio se siente dolor, lo que no sucede cuando es el intestino el interesado, siendo, pues, conveniente administrar éter al extirpar la porción intestinal saliente.

El torniquete debe estar fuertemente sujeto si no hay posibilidad de que resbalándose sea causa de una hemorragia grave; asimismo no debe aplicarse demasiado cerca de la herida, sino próximamente á una pulgada de ella, y no quitarse hasta que haya seguridad de que están cerrados todos los vasos.

Si no se siguen escrupulosamente estos detalles respecto al torniquete hay gran probabilidad de que pueda sobrevenir una gran hemorragia, que aumentará mucho el peligro de esta operación suplementaria. Es interesante notar las grandes porciones de intestino (de 3 á 6 onzas de peso) que pueden ser extirpadas sin detrimento aparente del enfermo y sin más temor que la presentación de una hemorragia que con cuidado puede prevenirse.

El mismo procedimiento puede adoptarse en casos apropiados cuando operamos en la región lumbar, pues según he observado también entonces puede haber procidencia intestinal (*British Med. Journal*, abril 27 de 1889, página 939.)

71.—Indicaciones para la cura radical de la hernia.

Por Charles Barret Lockwood, profesor hunteriano y cirujano del Great Northern Hospital.

Uno de los fines de estas tesis ha sido fijar, bajo el punto de vista anatómico y patológico, los casos de hernia que pueden ser beneficiados por una operación curativa apropiada. Ningún procedimiento podrá llamarse curativo si no dispensa al enfermo del uso del braguero, y ninguna operación llenará su objeto si no consigue: 1.°, la obliteración del saco herniario sin producir depresión peritoneal; 2.°, la restauración de la forma valvular del conducto inguinal y del anillo abdominal interno, y 3.°, la restauración del anillo abdominal externo.

Muchas operaciones que no producen estos resultados de un modo completo suelen ser tenidas infundadamente como curativas. Lucas Championniere da la siguiente lista de casos de hernia que parecen especialmente apropiados para operaciones curativas: Hernias irreductibles, hernias intratables, hernias congénitas con retención testicular, hernias dolorosas, hernias asociadas con afecciones tales como asma y enfisema y, por último, las hernias propensas á obstrucción. Sin esperar la discusión sobre la conveniencia de operar todos estos distintos casos, propongo estudiar las cuestiones anatómicas y patológicas relativas á todos ellos, sobre las cuales descansa la posibilidad de una cura permanente.

Desde luego puede decirse que las hernias congénitas son las más apropiadas para las operaciones curativas, pues según ya hemos visto no hay en ellas prolapso ni alargamiento del mesenterio, consistiendo el defecto en un desarrollo deficiente de la pared abdominal.

Pero debe añadirse que las operaciones para su curación darán probablemente mejor resultado después que ha cesado el crecimiento, porque el mesenterio es mayor y los intestinos se proyectan más durante la infancia y adolescencia. Así, por ejemplo, el tamaño del mesenterio es de un quinto del cuerpo durante la infancia, de un séptimo de los dos á diez años, de un octavo desde los diez á los veinte y así sucesivamente. Después de los cuarenta y

cinco años no suelen recomendarse las operaciones para la cura de la hernia congénita, porque según demuestran las estadísticas de dicha edad parece que marca un retroceso en la historia de la hernia. A esta edad el crecimiento de la hernia derecha, izquierda ó doble es igual; pero después de los cuarenta y cinco años hay un aumento acentuado de la hernia doble, circunstancia que se ha atribuído al prolapso del mesenterio y estados que le acompañan.

Hay otra razón para que la infancia y adolescencia no sean la mejor época para las operaciones curativas, y es que entonces hay probabilidad de obtener la curación con otros medios, especialmente con el uso continuo de un braguero.

El proporcionado crecimiento antes dicho del mesenterio explica esta tendencia curativa, la cual es indudablemente favorecida por el cierre actual de la porción vaginal. Para que tenga lugar éste hay naturalmente que reducir y retener la hernia, y cuando se cumple este requisito, el cierre normal de dicha porción vaginal, que sólo se había retardado, sigue su curso, favoreciéndose la completa obliteración con la presión que ejerce un braguero. Si fuese necesario se podría demostrar la frecuencia de esta clase de curación, pero está tan bien reconocido que lo considero inútil.

En la segunda tesis, las hernias adquiridas fueron divididas en tres clases: 1.ª, aquellas en que no había ni prolapso ni alargamiento del mesenterio, y en las que el defecto dependía probablemente de la pared abdominal; 2.ª, aquellas en que no había simple prolapso del mesenterio; 3.ª, aquellas en que había prolapso complicado del mesenterio. Ninguna de estas clases de hernias adquiridas ofrecía igual condición para su curación por operación que las congénitas, pero el pronóstico no es el mismo en cada una de ellas. Aquellas en que no hay prolapso ni alargamiento del mesenterio, es indudablemente desfavorable. Sólo tres casos se refieren en esta sección: dos mujeres de veinticuatro y veintiséis años respectivamente y un hombre de cincuenta y seis, todos ellos con hernia femoral. Naturalmente, no pueden sentarse conclusiones definitivas de datos tan insuficientes; pero me inclino á creer que aquellos casos de hernia femoral que ocurren en mujeres jóvenes,

durante el embarazo, pertenecen á esta clase, y que la causa predisponente de dichas hernias es la relajación del peritoneo pelviano. He operado varios cásos de esta clase con el objeto de librarles de alteraciones relacionadas con las hernias, pero me ha sido imposible saber el resultado definitivo por perderlos de vista. El último fué operado hace más de seis meses, y según me informa el doctor Blott, de quien era cliente, no ha vuelto á saber nada de éste.

La segunda clase de hernias adquiridas (con simple prolapso del mesenterio) es apropiada para operaciones curativas practicadas sobre la pared abdominal. Estos procedimientos van dirigidos contra la causa de la afección, aplicándose especialmente en el prolapso complicado del mesenterio, en que las condiciones patológicas son muy desfavorables.

Estas dos clases de hernias adquiridas deben tratarse mejor con medidas paliativas, salvo circunstancias especiales. El conferenciante entonces habla de las operaciones para la curación de la hernia, algunas veces llamadas radicales, y dice que no es incumbencia de los defensores de una operación el probar su perfección, siendo suficiente demostrar que las ventajas conseguidas son mayores que los peligros é inconvenientes. Incluíanse aquí las cuestiones de mortalidad, el temor de atrofia ó gangrena del testículo y el prolapso. Lo más esencial de una operación curativa era la obliteración del saco seroso y prevención de la depresión peritoneal, la restauración de los anillos inguinales y, por último, la restauración del conducto inguinal. Estas operaciones fueron practicadas en casos de hernias estranguladas y no estranguladas. Las que se hicieron en la última clase no tuvieron éxito porque fueron seguidas á menudo de malos resultados, debidos principalmente á la falta de conocimiento de la patología de la afección.

La mortalidad fué pequeña con algunos. El doctor Macewen ha publicado ocho operaciones sin ninguna defunción; el doctor Mitchell Banks cincuenta y nueve con dos muertes; Cohn cincuenta y una con una muerte, debida á septicemia aguda, y, finalmente, el doctor Jacobson fija la mortalidad en 3,8 por 100. Según el conferenciante, es de-

masiado baja esta apreciación, pues si bien él nunca ha tenido ninguna defunción, cree hayan ocurrido muchas que no se han publicado, teniendo conocimiento de tres. Una mortalidad de un 5 por 100 será más racional; pero no debe dudarse que cuando avance más el conocimiento de la patología de las afecciones sépticas é infecciosas, y pueda hacerse una mejor elección de los casos, disminuirá mucho más aquélla.

Las recidivas después de las operaciones para la cura de la hernia fueron debidas en parte á una mala elección de los casos. En las hernias congénitas es donde hubo más probabilidades de obtener un resultado más permanente. Se confrontaron estadísticas de operaciones para demostrar que el éxito dependía de la edad de los enfermos. Según las tablas del doctor Macewen, de cincuenta y una operaciones sólo un hombre tuvo que usar después braguero cuando trabajaba; tenía cuarenta años y la hernia era muy antigua. La edad media de los casos del doctor Macewen era de veintitrés años y medio. De setenta y siete casos del doctor Banks, cuarenta y ocho curaron por completo, diez y siete parcialmente y en doce no se obtuvo ninguna ventaja. La edad media de cincuenta y ocho casos de hernia no estrangulada, operados por el doctor Banks, fué de más de treinta y seis años.

Indudablemente el método operatorio tiene gran influencia sobre la curación, y muchas de las llamadas curas radicales no merecen esta denominación ilógica. Aunque en las estadísticas se omitía el estado subsiguiente del testículo, había razón para creer que la vía deferente y las arterias y venas espermáticas estaban con frecuencia lesionadas hasta el extremo de producir atrofia y gangrena de la glándula.

Se aludió brevemente á los detalles operatorios más importantes, y en particular á la preparación de los instrumentos, esponjas, vendajes y ligaduras, así como también á la preparación del enfermo y ayudantes. Al hablar del tratamiento del saco se insistió sobre la importancia del taladro ó transfisión en la aplicación de la ligadura, citándose resultados fatales por descuidar esta precaución. El mismo principio debe también ser aplicado á la ligadura del epiploon cuando requiera ser extirpado. Cuando la

hernia congénita está complicada con retención del testículo es mejor extirpar la glándula. (*British Medical Journal*, junio 29, pág. 1461.)

72.—Caso de laparotomía por perforación del apéndice vermiforme quince horas después de la presentación de los síntomas agudos; curación

Por Robert F. Weir, cirujano del Hospital de Nueva York.

El caso siguiente tiene varios puntos interesantes: Primero, lo pronto que se hizo la operación y su éxito; segundo, comprobarse la naturaleza intraperitoneal de las exudaciones y abscesos consecutivos á la perforación del apéndice; una peritonitis extendida; tercero, el hecho de no evitar los ataques anteriores, como Mackenzie cree, por exudaciones limitadas previas, y cuarto, lo inútil del consejo de Treves de cubrir con peritoneo el extremo cortado del apéndice después de extirpado. He aquí la historia del caso:

El doctor F. A. I., de treinta y cuatro años, buenos antecedentes de familia, padeció las enfermedades propias de la infancia, y excepción hecha de un ligero ataque de fiebre intermitente que tuvo hace seis años, ha gozado siempre de perfecta salud y robustez; nunca padeció ninguna forma de dispepsia ó estreñimiento, evacuando los intestinos con regularidad todas las mañanas. El 26 de septiembre de 1888 se quejó de malestar general y anorexia, acusando 90 pulsaciones y una temperatura de 37°. Durante la noche tuvo un cólico abdominal intenso, introduciéndosele, con el objeto de aliviarlo, un gran tubo rectal, pero sin que saliera flato alguno. Administróse entonces un enema caliente, expulsándose una pequeña cantidad de materia fecal, pero sin obtenerse ninguna mejoría. Por la mañana había sensibilidad, algún dolor localizado en la fosa ilíaca derecha y algo de tumefacción; 100 pulsaciones y 37° de temperatura. Más entrado el día, sin ceder el cólico, mostró deseos de defecar, poniéndose él mismo en posición, y durante un esfuerzo no muy poderoso sintió un dolor intenso en la región dicha, al que siguió inmediatamente desmayo, palidez y transpiración copiosa. Se le volvió á acostar, y con una inyección hipodérmica de brandy y la apli-

cación de botellas calientes volvió en sí al poco tiempo. El doctor Henna, que le asistía, le administró la morfina contra el dolor y ordenó aplicaciones calientes sobre la región ilíaca derecha. Durante tres días se elevó ligeramente la temperatura, aumentando algo de tamaño la tumefacción. Después de este tiempo y en tres semanas no aumentaron las pulsaciones ni la temperatura, disminuyendo gradualmente el tumor hasta el tamaño de una nuez.

El enfermo continuó su vida ordinaria hasta el 31 de octubre (dos semanas justas después de salir), en que volvió á sentir dolor cólico, sensibilidad local en la fosa ilíaca derecha como antes y crecimiento rápido del tumor. No hubo síntomas febriles; el tratamiento fué el mismo de antes. A los pocos días empezó á disminuir el tumor, y al cabo de dos semanas de cama pudo levantarse y andar por la casa.

La relación precedente fué hecha por el mismo paciente.

Yo lo vi por primera vez con los doctores Janeroay y Henna el 22 de noviembre, y observé en la fosa ilíaca una masa del tamaño de un huevo, no existiendo fiebre ni síntomas abdominales. Era la recrudescencia del tercer ataque. Se recomendó sólo el descanso. Seis días después, sin haber abandonado la cama, tuvo lugar una agravación del dolor, y tal aumento en el volumen de la masa dicha, que se acordó hacer al día siguiente una incisión exploratoria, que sin embargo no se practicó por haberse mejorado los síntomas. Permaneció en cama diez días más, al cabo de los cuales, habiendo casi desaparecido el tumor, se levantó, y á la semana, sintiéndose perfectamente, salió á la calle. El 23 de diciembre un médico amigo lo examinó, no pudiendo apenas percibir nada en la fosa. El 25 del mismo mes por la mañana, después de haber comido bien el día anterior, sintió un dolor en la región ilíaca derecha, más intenso y más extendido que el de los anteriores ataques, al que siguió un ligero escalofrío, rapidez del pulso y vómitos. Por la tarde fuí citado para verle al día siguiente por la mañana temprano en compañía del doctor Henna, su médico. A las 11,30 de la noche del mismo día del ataque el doctor Henna le encontró lo mismo, con vómitos, aunque no tan frecuentes, teniendo necesidad de darle ma-

yores dosis de morfina para calmarle. Fuí llamado en seguida y encontré gran sensibilidad á la presión en el lado derecho, que no se extendía, sin embargo, más allá de la línea media; en la percusión moderada se reveló gran macidez. Se acordó la eterización para poder examinarle bien y para hacer una operación exploradora si se consideraba oportuna.

Bajo la acción del éter se reconoció una masa del tamaño de un huevo de gallina sobre la línea de la espina antero-superior, y con la ayuda de los doctores Henna y Abbe se hizo una incisión de tres á cuatro pulgadas de extensión en el curso de la línea semilunar y hacia la fascia transversal, á través de la cual se reconoció el peritoneo solo como una masa fibrosa parecida á la de un fibro-sarcoma. Incidiendo y levantando cuidadosamente este tejido hasta lo menos una pulgada de profundidad se abrió la cavidad peritoneal con el objeto de explorarla, é introducido que fué el dedo tropezó con la masa extendida á lo largo del borde de la pelvis, levantando los vasos ó más bien empujándolos hacia la línea media. El borde de esta exudación, que pudo entonces reconocerse como intraperitoneal, fué separado á lo largo de la unión del peritoneo parietal, sobre la parte interna de la herida, descubriéndose varias porciones de intestino pegadas al parecer con linfa reciente. La herida fué bien abierta, y su fondo, que era resistente y elástico, minuciosamente inspeccionado, para determinar si era necesario disecar más profundamente ó si bastaría la aspiración. Observóse entonces que la base de esta cavidad, que yo había incindido ó abierto, estaba compuesta del cæcum y el apéndice, fuertemente aglutinados con los intestinos circunvecinos.

Se separó el apéndice, y después de algún tiempo pudo desprenderse la extremidad adherida; la libre estaba ulcerada, y cubierta de una masa blanda que encerraba un absceso grumoso del tamaño de un piñón. Hecho esto, se ligaron unas tres pulgadas del apéndice y el mesenterio á media pulgada del cæcum. La cavidad de la herida fué entonces limpiada con esponjas empapadas en una de las muchas soluciones de sublimado, espolvoreada con iodoformo y llena, por último, con gasa iodoformizada, después de insertar cuidadosamente un gran tubo de desagüe. Los bor-

des de la herida fueron perfectamente cerrados, excepto en el sitio del tubo y gasa. Se intentó cubrir el extremo dividido del apéndice con peritoneo por medio de suturas; pero se abandonó por difícil, y sobre todo por innecesario, pues la experiencia ha demostrado que en estas operaciones es suficiente la simple ligadura. Al término de la operación, que duró cincuenta y cinco minutos entre todo, tenía el enfermo 91 pulsaciones, siendo su estado general excelente.

El estado subsiguiente fué satisfactorio, siendo el segundo día la temperatura de 37° con 90 pulsaciones. De vez en cuando tuvo espasmos muy dolorosos de los músculos abdominales, debidos á las suturas hechas en los planos musculares. El apéndice estaba muy engrosado y sus paredes tan elásticas que se creyó antes de abrirse que había líquido dentro, no existiendo en realidad.

El enfermo se curó perfectamente, no sintiendo nada desde que se cerró la herida. (*New-York Medical Record*, abril 27 de 1889, pág. 449.)

73.—Un caso feliz de la operación de Loreta en el estómago.

Por Frederick Treves, cirujano del Hospital de Londres.

[Después de referirse al caso feliz del doctor Hagyard, el primero en Inglaterra, el doctor Treves refiere el suyo como sigue]:

El enfermo era un cochero de veintisiete años, que fué admitido en el Hospital de Londres, al cuidado del doctor Ralfe, el 12 de octubre de 1887. Padecía vómitos y dolor gástrico intenso. No tenía malos antecedentes de familia ni había tenido nunca enfermedad alguna grave; pero había, sí, llevado una vida muy irregular y abusado mucho de la bebida, resintiéndose su salud general á consecuencia de esta intemperancia. Nunca tuvo sífilis. Hace tres años un caballo le dió una coz en el epigastrio, lo que le produjo gran dolor abdominal, y no recuerda si tuvo vómitos, pero á los siete días estaba curado. Once meses antes de su admisión en el hospital empezó á sentir dolores urentes en la región del epigástrico; anteriormente había tenido desórdenes estomacales con pérdida del apetito y vómitos, síntomas que atribuía el enfermo al exceso en la bebida.

El dolor urente tomó un nuevo aspecto, aumentando en intensidad y duración y haciéndose paroxístico; aparecía con intervalos de uno ó tres días, y generalmente al poco tiempo después de comer. Muy pronto cada ataque de dolor fué seguido de vómitos de una materia negruzca, de la cual, según el enfermo, arrojaba cada vez un cuartillo. Estos vómitos le ocasionaban alivio.

El dolor se hizo más intenso, extendiéndose á la espalda. Nunca pasaba un día sin vomitar, y empezó á extenuarse, no queriendo tomar alimento alguno por miedo á los vómitos. Durante alguno de los ataques dice que se puso un poco amarillo, no habiendo tenido nunca una hictericia marcada. Algunos meses antes de su admisión había empezado el u o de la morfina, la que últimamente tomaba á cada momento. Ahora tenía estreñimiento.

A su admisión (12 octubre de 1887) estaba muy débil, anémico y muy extenuado. Quejábase de un dolor urente constante en el hipocondrio derecho y de ataques de dolor paroxístico intenso en la misma región, los cuales se presentaban cada tres ó cuatro horas durante algunos días y los describía como parecido á un cólico. Inmediatamente se le hizo tomar alimentos, venciendo el miedo que tenía á comer. Vomitaba copiosamente lo menos una vez cada día, molestándole mucho los eructos agrios. Movía sus intestinos una vez por semana. La lengua estaba ancha, pálida y blanda; el pulso débil, y la temperatura normal. El examen del abdomen reveló una gran dilatación del estómago, sintiéndose gran sensibilidad á la presión en las regiones epigástrica é hipocondriaca derechas. El sitio de mayor dolor era un punto próximamente á una pulgada y media encima del ombligo. Este dolor se describía siempre como punzadas que partían de la espina. No había ictericia; la orina era escasa y normal; el hígado, bazo, pulmones y corazón estaban sanos. El día después de su ingreso en el hospital vomitó mucho. No pudo descubrirse ningún tumor. Nunca ha vomitado ni evacuado sangre.

El estómago fué lavado diariamente, dándose muy poco alimento por la boca; se administraron enemas nutritivos, y el dolor se alivió ligeramente, primero con el ácido salicílico y después con la cocaína. Aunque disminuyeron el dolor y los vómitos, no mejoró el estado general del en-

fermo, continuando la extenuación. El 31 de octubre se presentó el edema en ambos pies.

El 14 de noviembre estaba más demacrado y más anémico, y tan débil que no podía sentarse en la cama. Se alimentaba únicamente con los enemas nutritivos, tomando sólo un poco de líquido por la boca. Siempre se le encontraba echado del lado izquierdo, con las rodillas levantadas.

El 30 de noviembre era evidente que el enfermo no podría vivir muchos días más. Además de los síntomas anteriores se presentó diarrea, estando sumamente débil.

El doctor Ralfe había formado la opinión de que se trataba de un caso de estrechez benigna del píloro, instándome á que hiciese una incisión exploradora, y si fuera necesario dilatase el píloro.

Se practicó la operación el 3 de diciembre de 1887, después de dar el cloroformo y envolver al enfermo en una atmósfera antiséptica; usándose para empapar las esponjas, después de calentadas, una solución de ácido carbólico al 1 por 40 y á la temperatura de 32°.

Hice una incisión vertical de 4 pulgadas de extensión en la línea media, cuyo extremo inferior llegaba hasta el ombligo. En seguida quedó al descubierto el estómago, sumamente dilatado. El píloro al principio apenas podía definirse, apareciendo como enclavado en una masa dura de aspecto cartilaginoso que estaba firmemente adherida á la superficie inferior del hígado. No sólo estaba la extremidad pilórica del estómago adherida al hígado, sino también una porción de la víscera misma, en una extensión de tres cuartos de pulgada.

Había evidencia de que las adherencias eran inflamatorias, siendo especialmente duras y gruesas en la región del píloro. Las dividí, pues, todo lo más ampliamente posible, encontrando el segmento del hígado, á donde estaban adheridas, pálido y como atrofiado. Fué imposible separar por completo el estómago y el píloro de su adherencia al hígado.

Practiqué entonces una abertura vertical en el estómago, en medio de las dos curvaduras y cerca de 2 pulgadas del orificio pilórico. Antes de hacer dicha incisión se empujó bien hacia adelante el estómago, sosteniéndosele

pegado á la herida hecha con unas pequeñas pinzas, cuyas ramas estaban protegidas con goma. El espacio entre la víscera y las paredes fué limpiado con esponjas, de modo que ningún líquido que saliera del estómago pudiera llegar á la cavidad peritoneal. Para impedir la hemorragia al abrir el estómago, creo que la incisión debe ser vertical y no estar muy cerca del píloro. Debe apenas tener la extensión suficiente para permitir el paso del dedo índice, con el que es en seguida tapada. En el caso del doctor Hagyard, la hemorragia en este período de la operación fué *terrible*. La abertura del estómago fué seguida de gran salida de gas, pero como en seguida se tapó la incisión con el dedo índice derecho, no hubo hemorragia ni salida de líquidos. Dentro del estómago pudo separarse bien la pared gástrica, aun adherida al hígado, que estaba perfectamente lisa. El píloro estaba rodeado por un anillo de tejido muy denso de aspecto cartilaginoso. Le aseguré con la mano izquierda, mientras que introduje gradualmente el índice derecho dentro del orificio estrechado. La dilatación fué lenta, pero al fin pasó el dedo dentro del duodeno. Sin sacar el dedo introducido en el estómago agrandé la incisión hecha en él con un bisturí cogido con la mano izquierda, pasando por ella el dedo medio. La herida, aun después de hecho esto, era pequeña, y los dedos estaban perfectamente abrazados por la pared gástrica, siendo bajo estas condiciones la hemorragia casi imposible. El dedo medio fué primero pasado por el píloro, y después, con lentitud, el índice, hasta conseguir dilatar el orificio lo suficiente para el paso de ambos dedos. Mientras tanto se sostenía el píloro con la mano izquierda. Esta dilatación me pareció suficiente, porque un orificio que admite el paso de los dos dedos dichos debe tener una circunferencia próximamente de 4 pulgadas. Loreta dice que se debe dilatar el píloro con los dos dedos índices hasta que se puedan separar más de 3 pulgadas, lo cual representa una abertura con una circunferencia lo menos de 7 pulgadas. Si en el caso presente se hubiera intentado una dilatación tan grande, indudablemente se habrían roto las paredes de la víscera.

La herida estomacal fué después cerrada por una sutura continua de seda, incluyendo en ella las cubiertas muscu-

lar y mucosa, para lo cual se utilizó una aguja de Hagedorn. La seda sirvió así aplicada para cohibir una pequeña hemorragia que se presentó en los bordes de la incisión. Los cabos de la seda fueron cortados todo lo más corto posible, cerrándose después por completo la herida con muchos puntos de sutura de Lembert, que sólo interesaban la cubierta serosa. Después de limpiar bien las partes al rededor del área operatoria, se cerró por último la herida abdominal por medio de suturas profundas del modo ordinario, aplicándose una simple esponja espolvoreada con iodoformo, la cual se tuvo en posición con una ancha venda de franela. La temperatura en las noches de los días tercero y onceno llegó á 38°, conservándose los demás normal.

El enfermo obtuvo en seguida alivio con la operación. Se le conservó bajo la influencia de la morfina, alimentándosele con enemas nutritivos, y se le permitió que chupase pedacitos de hielo para calmar la sed. No volvió á tener vómitos. El séptimo día se quitaron las suturas, cubriéndose la herida con gasa antiséptica. En la noche de dicho día vomitó algo, excitándose mucho durante una hora y haciendo violentos esfuerzos para saltar de la cama, á consecuencia de lo cual la herida, que había cicatrizado por primera intención, se abrió, quedando al descubierto otra vez el estómago. En seguida se unieron nuevamente los bordes de la incisión por medio de tiras de aglutinante y se aplicó una venda más fuerte. Como el vómito fué aparentemente debido á la descomposición del moco acumulado en el estómago dilatado, se lavó dicha víscera un día sí y otro no con una débil loción borácica caliente, la cual produjo gran bienestar al enfermo. Se continuó la administración de enemas nutritivos.

El día noveno se le dió por la boca un poco de leche y agua de soda, cuya cantidad se fué gradualmente aumentando cada día. Los enemas nutritivos siguieron aplicándose hasta el día catorce, en que se suspendieron, tomando el enfermo desde entonces todo el alimento por la boca.

El día undécimo se le dió un poco de galleta mojada en té y el lavado del estómago fué suspendido á los diez y siete días. No se quejaba de dolor alguno, cicatrizó la herida por

segunda intención y los intestinos actuaban con regularidad sin necesidad de enemas.

A los veinte días se le permitió levantar, y cuatro después solicitó abandonar el hospital, marchando sin ayuda de nadie hasta la puerta. No tenía entonces dolor ni vómitos, tomando perfectamente el alimento, pero el estómago estaba aún muy dilatado y la herida no consolidada. Se le propuso el masaje abdominal, pero no hubo medio de persuadirle de que permaneciese en la sala.

A los dos ó tres meses volvió espontáneamente al hospital, quejándose de una sensación de debilidad en la herida, cuya cicatriz había aumentado considerablemente de volumen. El aspecto general del enfermo era muy bueno, comiendo y moviendo sus intestinos perfectamente. Se le mandó usase un cinturón fuerte, con lo que según él mismo dijo sentía gran bienestar.

Volví á verle de nuevo en diciembre de 1888, doce meses después de la operación, no quejándose de nada, pues tenía excelente apetito y ejercía sus funciones perfectamente. Había vuelto, hasta donde su escasez de medios le permitía, á sus antiguas intemperancias; pero seguía usando el cinturón, y el estómago, aparentemente, había vuelto á sus dimensiones normales.

Es evidente que esta operación debe necesariamente tener una aplicación muy limitada, puesto que los casos de estenosis no cancerosa del píloro son muy raros. Sin embargo, en el Continente se ha practicado con mucha frecuencia, y sería interesante conocer la condición patológica precisa que ha motivado estas operaciones. Las preparaciones existentes en los distintos Museos de Londres arrojan poca luz sobre la estrechez fibrosa del píloro.

En el caso presente, la estrechez del píloro era muy grande y debida á la contracción de las adherencias peritoneales. La lesión pudo ser originada por el golpe sentido en el estómago por la coz del caballo, ó ser consecutiva á una úlcera perforante de la extremidad pilórica de dicha víscera. (*British Med. Journal*, mayo 18 de 1889, página 1105.)

ORGANOS URINARIOS Y DE LA GENERACION

74.—Sobre las estrecheces uretrales orgánicas profundas y su tratamiento.

Por E. L. Keyes, doctor en Medicina de Nueva York.

En esta tesis se propone sólo estudiar la estrechez orgánica de la uretra situada en ó sobre la unión vulvo-membranosa. Aun no puede decirse que una operación cualquiera cure radicalmente la estrechez uretral profunda, mientras que sí puede obtenerse cuando está aquélla situada en la parte anterior de la uretra.

Tres variedades de estrecheces pueden clínicamente observarse en la uretra profunda. Primera, la estrechez blanda, que es una lesión orgánica muy superficial que sólo interesa la superficie de la mucosa. Es consecutiva á la gonorrea, está generalmente situada en la unión vulvo-membranosa y puede ser causa de retención completa de orina. Esta estrechez suele con frecuencia no admitir ni una bujía filiforme, ó en muchos casos puede pasarse una sonda de acero de tamaño ordinario. La segunda variedad es una estrechez puramente fibrosa, cicatricial, de origen traumático, y que se observa en una uretra donde no haya habido gonorrea. Puede sólo interesar la membrana mucosa ó extenderse á través de todo el espesor del perineo. Puede ó no ir acompañada de blenorrea. Esta estrechez puede ser linear ó anular, pero perfectamente definida. La tercer variedad es la estrechez nodular, que puede ser consecutiva al traumatismo, especialmente en sujetos escrofulosos que han tenido fístulas múltiples ó muchas supuraciones; obsérvase con frecuencia en casos de estrechez consecutiva á la gonorrea. Esta variedad es mal definida, irregular, tortuosa y nunca linear. Generalmente hay blenorrea y puede existir fístula.

La primer cuestión que naturalmente se presenta es: ¿Puede la dilatación curar radicalmente la estrechez uretral profunda? Casos tratados por mí y mi antecesor el difunto doctor Van Busen demuestran la posibilidad de la curación por dilatación. En uno, la estrechez al principio sólo admitía una sonda del núm. 14 F.; pero después de

algunos meses se curó, pasando fácilmente una del número 28. Doce años después, no habiendo usado sonda alguna en dicho tiempo, se pudo pasar una del núm. 24 sin encontrar obstáculo alguno. Tratábase de una estrechez blanda, variedad en que es posible la cura radical por dilatación.

¿La electrolisis puede curar radicalmente la estrechez uretral profunda? En una tesis leída ante esta Asociación, en Washington, el año pasado expresé ya mi opinión contraria, y sigo hoy aún creyendo lo mismo. ¿La sección perineal puede curar radicalmente la estrechez uretral profunda? La contestación es afirmativa si, según demuestra la experiencia, la ventaja así obtenida puede sostenerse por medio de la sonda. La diferencia de los resultados obtenidos en los distintos casos no sólo depende de la extensión del corte hecho, sino también mucho de la calidad de los tejidos cortados. Es posible que una estrechez puramente fibrosa pueda curarse radicalmente por la sección perineal, pero una nodular en general no. Merece llamarse la atención sobre dos novedades comparativamente recientes en los métodos operatorios para la estrechez profunda, y son la extirpación de la estrechez y la trasplantación de la membrana mucosa procedente de otra parte. Ambas parecen ofrecer más probabilidad de curar radicalmente la estrechez nodular que cualquiera de los otros medios hoy recomendados. Heussier ha referido un caso en el que disecó y separó una estrechez de 2 centímetros de extensión, incluyendo una porción de uretra vulvosa y membranosa. Los extremos divididos de la uretra quedaron entonces separados unos 3 centímetros. El extremo anterior fué separado de los tejidos circunvecinos y unido al posterior por medio de cinco puntos de sutura de catgut. Se pasó y se sostuvo un catéter durante doce días. No se usó sonda. A los treinta y cuatro días se pasó facilmente un catéter del número 34 F., y un año después el enfermo se hallaba perfectamente.

Tres casos de estrechez impermeable han sido operados por Wolfler, de Gratz, extirpando el segmento afectado, y trasplantando ocho días después colgajos de membrana mucosa que fueron cortados de una vagina apropiada y que tenían algunos centímetros de ancho. No se usaron sutu-

ras, conservándose en posición por medio de gasa iodoformizada. La vejiga fué cuidadosamente evacuada durante el proceso de unión de los colgajos con los tejidos circunvecinos. Una pequeña fístula quedó en cada caso. Un año después de la operación, uno de los enfermos podía orinar un gran chorro y otro admitió la sonda del núm. 20 F. (*Chicago Medical Standard*, julio de 1889, pág. 5.)

75.—Sobre las condiciones de receptividad del aparato urinario para la invasión microbica.

Por el profesor Guyón.

La intervención de los microorganismos en las modificaciones patológicas de las orinas, demostrada hace mucho tiempo por Pasteur, parece tener un papel no menos decisivo en la producción de los accidentes á consecuencia de los cuales sucumben los enfermos que padecen afecciones de las vías urinarias.

Es interesante, pues, investigar en qué condiciones se ejerce esta influencia. La clínica y la experimentación suministran resultados que están en perfecta concordancia. La observación demuestra diariamente diferencias considerables en la aptitud para la infección, y la experimentación lo confirma. Esta aptitud depende de condiciones múltiples. Las diferentes partes del aparato urinario no experimentan la infección sino á consecuencia de una aptitud previa que las coloca en estado de receptividad.

La retención urinaria, las lesiones traumáticas ó espontáneas de la uretra, de la vejiga, de los uréteres y de los riñones; en otros términos, todo lo que modifica la nutrición y el funcionamiento normal de los órganos, suministra las condiciones requeridas para esta apropiación.

A estas condiciones intrínsecas de orden patológico que crean la predisposición morbosa se une necesariamente la acción diferente de las diversas variedades de microorganismos. Cada una de estas condiciones reclama investigaciones que me propongo continuar.

Me limito por hoy á indicar los resultados que me ha dado el estudio del papel patogénico de la retención de orina. Las nociones positivas que proporciona permiten establecer en general los términos principales de la cuestión.

Es sabido que muchos enfermos se sondan ó son sondados en las mejores condiciones para permitir la inoculación. A menudo no resulta ningún accidente aparente; en muchos pasan bastantes años sin otros inconvenientes que los de una inoculación localizada á la vejiga. En otros la consecuencia próxima, casi inmediata en muchos casos de un cateterismo practicado sin precauciones asépticas, es la infección rápida de todo el aparato urinario.

La forma de retención que he descrito otras veces bajo la denominación de retención de orina incompleta con distensión, proporciona en gran modo las condiciones de receptividad que acabo de indicar.

En estos casos, que el estudio clínico no había separado del numeroso grupo de las retenciones, hice ver la influencia que podía ejercer la tensión de la vejiga sobre el estado anatómico y funcional de los riñones, y hasta qué punto los trastornos que de aquélla resultan hacen resentir el aparato digestivo. Estos enfermos, que tienen la vejiga distendida en extremo, emiten sin embargo una cantidad considerable de orina; su nutrición se perturba profundamente, adquiriendo en más ó menos grado el aspecto que determinan las lesiones orgánicas. Presentan los caracteres del estado complejo que llamo caquexia urinaria, ó al menos de una de las formas de la forma no séptica.

En estos casos, en efecto, la evolución morbosa tiene lugar en estado aséptico. A pesar de la gravedad, á pesar de la complexidad de las lesiones, no obstante su larga duración, las orinas tienen una limpieza perfecta; no contienen ningún microorganismo, no cultivan; el enfermo está apirético.

Si se juzga necesaria una intervención, y si se verifica el cateterismo sin las precauciones rigurosas que impiden la introducción de los gérmenes, se establece la supuración, y de la noche á la mañana se extiende á todo el árbol urinario, amenazándose gravemente la vida; hay á menudo elevación de la temperatura.

Las condiciones que estos enfermos presentan pueden resumirse así: éxtasis de la orina, trastornos de la nutrición local y de la nutrición general.

Extasis de la vejiga, que se desembaraza solamente del exceso que contiene; éxtasis en los uréteres, cuya irrigación

continua del estado normal se detiene á causa de la enorme distensión de la vejiga; éxtasis en los reservorios, y hasta en los canalículos excretores del riñón, á su vez invadidos por la dilatación patológica de todo el aparato.

Perturbaciones de la nutrición local, debidas á las lesiones intersticiales, á la arterio-esclerosis y á la mayor lentitud de la circulación, que sostiene un estado congestivo permanente. Trastornos generales, dependientes de la perturbación de los actos digestivos.

El estado patológico, independientemente de las lesiones que provoca, ha creado, pues, un medio estable, que por lo mismo favorece el cultivo; cultivo que podrá hacer particularmente activo la exhalación sanguínea provocada por un descenso demasiado repentino de la tensión, cuando la evacuación artificial no es dirigida siguiendo reglas precisas.

En la retención aguda completa, la urgente necesidad de la intervención modifica grandemente las condiciones de receptividad. Varía, sin embargo, según sus variedades. La retención de los que tienen estrecheces no podrá ser comparada con la de los prostáticos. Los primeros son individuos jóvenes, con una vejiga de fuerte musculatura; los segundos tienen mayor ó menor edad, siempre ateromatosos, con tejidos en inminencia de trastornos de la nutrición. En unos y otros, sin embargo, á menos de lesiones concomitantes, de traumatismos, por ejemplo la infección cuando se produce, se localiza primeramente en la vejiga. Es muy raro que sea duradera en los efectos de estrecheces. El éxtasis de la orina cesa bien pronto por completo. Se ve, pues, por ejemplo, desaparecer por sí mismos el estado amoniacal más pronunciado y los accidentes febriles por el solo hecho del restablecimiento de la micción. En los prostáticos la inoculación de la vejiga persiste habitualmente, pero no se extiende sino de una manera más ó menos tardía á los uréteres y á los riñones. Se posesiona menos fácilmente cuanto mejor se asegura la evacuación artificial. El papel de la retención, que afirma la clínica, está generalmente demostrado por la experimentación.

He introducido en la vejiga del conejo común y del de Indias cultivos puros de microbios patógenos para los animales y para el hombre, staphilococcus aureus, streptococ-

cus pyogenes y bacteria séptica de Clebs, estudiada por Albarrán y Halle con el nombre de bactérium pyogenes. Veinticuatro ó treinta y seis horas después de la inoculación no se encontraban ya en las orinas los microbios inyectados, y en los animales sacrificados la vejiga y todo el aparato urinario carecía de lesiones.

Para conseguir que la vejiga permanezca habitada durante algunos días, y para obtener un ligero grado de cistitis, es necesario emplear dosis máximas de organismos muy virulentos (centímetro y medio cúbico de cultivo en caldo cada vez). Es preciso repetirlas varias veces, y aun así los organismos pasan de la vejiga, permaneciendo indemnes las vías urinarias superiores.

En otra serie de experiencias determiné en la misma clase de animales retenciones simples por ligaduras del miembro. Los animales murieron espontáneamente por rotura de la vejiga, ó fueron sacrificados veinticuatro ó treinta y seis horas después de la ligadura. Se observó la tensión de la vejiga, ricas arborizaciones vesicales, algunos equimosis, la dilatación de los uréteres y su tensión y la congestión renal, sobre todo marcada al nivel de la bóveda suprapiramidal. Al examen bacteriológico no se encontró, por los procedimientos de cultivo, ningún microorganismo.

Inyectando cultivos de microbios piógenos al mismo tiempo que se practicó la ligadura del miembro, se observó hinchazón edematosa y falta de brillo de la mucosa á poco que la ligadura estuviera colocada seis á doce horas. Cuando esta retención es demasiado temporal la experiencia es negativa. Si la ligadura del miembro se prolonga veinticuatro horas, ó mejor todavía, si queda colocada hasta la muerte del animal, es constante la cistitis. En dos experiencias los microbios inyectados, no sólo se encontraron en la vejiga, sino hasta en la orina de las pelvis.

Este conjunto de hechos demuestra que la retención de orina favorece la infección del aparato urinario, haciendo efectiva la inoculación microbica. La receptividad de este aparato está en razón directa del grado y de la duración de la retención. Las lesiones que determina, tanto en la forma aguda como en la lenta, favorecen la acción de los agentes patógenos, haciendo más duraderos y graves los efectos de la infección.

El estudio clínico y experimental de la retención proporciona además una demostración no menos importante. Prueba que la infección reconoce ordinariamente por causa la inoculación directa de la vejiga por los intrumentos.

La evolución aséptica de las retenciones lentas abandonadas á sí mismas, la infección fatal consecutiva á una intervención séptica, la facilidad con que puede mantenerse el estado aséptico recurriendo únicamente á la antisepsia quirúrgica, son particularmente demostrativas.

En estos enfermos de reacción tan sensible, igual que en el estado normal, la uretra no da paso á los gérmenes, que no penetran en la vejiga si no son directamente introducidos en ella.

Para demostrarlo experimentalmente he determinado la retención de orina seccionando la médula en dos conejos. Uno de los animales recibió en la vejiga una inyección de medio centímetro cúbico de cultivo en caldo del bactérium pyogenes; al otro nada se le inyectó. Estos animales murieron cuarenta ó cuarenta y ocho horas después. Los dos tenían la vejiga enormemente distendida; el que había recibido la inyección micróbica tenía cistitis edematosa; las orinas del otro eran asépticas.

A la antisepsia local corresponderá, pues, casi siempre poner con seguridad al aparato urinario al abrigo de la infección. Pero la receptividad depende de las lesiones preexistentes á la introducción de los gérmenes, y en particular de la retención de orina. (*Acad. de Ciencias de París. Gaz. Hebdomadaire,* 3 mayo de 1889.)

76.—Sobre los resultados de la uretrotomía dilatante.

Por Fessenden N. Otis, profesor de Afecciones genito-urinarias del Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York.

Las primeras pruebas sobre la posibilidad de que la uretrotomía dilatante pudiera curar de un modo completo y permanente las estrecheces fueron hechas en 1875, basándolas en los resultados de 36 nuevos reconocimientos de la uretra normal con la sonda ordinaria, en períodos que variaron de seis meses á tres años después de la operación y durante cuyo intervalo no habían sido usadas las sondas. En 31 de estos casos, ó en casi el 8 por 100, *se demostró*

la completa curación de la primitiva estrechez por el libre y fácil paso á través de toda la uretra de una sonda metálica de tamaño normal. En una segunda serie, formada de 136 casos, y presentada en 1878, se referían 82 nuevos reconocimientos, de los cuales en 67 no se observó signo alguno de estrechez. En 3 de estos casos habían transcurrido seis años y seis meses entre la fecha de la operación y del reconocimiento; en 2 casos, cerca de cinco años; en 3, cerca de cuatro años; en 10, cerca de tres; en 7, cerca de dos; en 20, un año, y en 10, unos seis meses.

Además, en la segunda edición de mi obra sobre «Estrecheces de la uretra» se refieren 2 casos operados en 1872 y reconocidos en 1880, en los cuales no se encontró signo alguno de estrechez. En ambos casos había, cuando los vi por primera vez, 5 estrecheces. Además de estos casos se operó otro en marzo de 1875, con 4 estrecheces, en una uretra de calibre normal, y se reconoció nuevamente en mayo de 1880, encontrándosela completamente libre de toda estrechez, pues pasaba fácilmente una sonda del número 36. Más aún; en 1887 se refirieron 2 casos, con un gran intervalo entre la operación y el nuevo reconocimiento, y que estaban perfectamente curados.

Otro caso operado en mayo de 1871, y reconocido en 1883, el intervalo mayor de los casos anotados, demostraba completa curación de la estrechez por la uretrotomía dilatante á los doce años de la fecha de la operación. Durante el verano pasado he extractado de mis apuntes, y cuidadosamente ordenado, una tercera serie de 420 casos, señalando el calibre normal de la uretra, tamaño, número y sitio de las estrecheces, y el resultado de 62 reconocimientos bastante tiempo después de operados.

Observáronse nuevas contracciones en 7 casos de estrecheces situadas á una pulgada del meato, y en 11 de las situadas en éste ó más cerca de él. Recientemente he tenido la oportunidad de reconocer nuevamente el primer caso operado por la uretrotomía dilatante. Tenía una estrechez extensa que no respondió al tratamiento de la dilatación gradual, seguida durante varios años. Se practicó la divulsión con los instrumentos de Holt y Voillemier, produciéndose nuevas contracciones acompañadas de una blenorrea persistente. Por medio de la uretrotomía dilatan-

te se dividieron todas las estrecheces, y se hicieron con la sonda núm. 32 varios reconocimientos con un intervalo de tres ó cuatro años, sin que en ninguno de ellos se descubriese indicio alguno de estrechez anterior. La blenorrea desapareció asimismo á las pocas semanas después de la operación. En mayo de 1888 vino este enfermo á consultarme respecto á una afección en nada relacionada con la estrechez y le rogué me permitiera examinar otra vez la uretra. Primero introduje, como en ocasiones anteriores, una sonda del número 32, que pasó perfectamente sin el menor tropiezo. Introduje entonces el uretrótomo, y lo abrí 2 milímetros más de lo que se estimaba como calibre normal, observando que por tracción podía sacarlo perfectamente, lo que me demostraba del modo más concluyente la ausencia de las estrecheces anteriores y la cura radical del caso, según se comprueba por la falta de todo indicio de estrechez quince años y diez meses después de la fecha de la operación. (*New-York Med. Record*, 20 de julio.)

77.—Sobre la sutura de la herida hecha en la vejiga después de la litotomía suprapúbica.

Por Charles J. Bond, cirujano de la Enfermería de Leicéster.

De los seis casos operados de litotomía suprapúbica, la vejiga fué cuidadosamente suturada en cuatro. Tengo la satisfacción de decir que todos cicatrizaron por primera intención.

Dos de estos casos eran niños menores de doce años, y dos adultos de más de cuarenta. Será conveniente decir algunas palabras sobre el método operatorio. La vejiga es distendida del modo ordinario con la loción borácica hasta que sobresalga bien por encima del pubis, para lo cual en el adulto deben inyectarse de veinte á treinta onzas; últimamente, lo mismo en niños que en adultos, no he distendido nada el recto. Las cubiertas de la vejiga son entonces incindidas, descubriéndose ésta sin disecar nada, después de levantar hacia arriba con el dedo índice de la mano izquierda el haz peritoneal y tejido areolar que hay delante de ella; lo cual es un punto de alguna importancia, pues además de prevenir la hemorragia puede llegarse

á la vejiga sin necesidad de que esté muy distendida ó prominente. Luego una sutura de seda fina núm. 0, insertada en la aguja de doble curva que representa la figura adjunta, es pasada á través de las cubiertas musculares por el extremo superior de la herida, y todo lo más cerca posible del repliegue peritoneal, sirviendo para marcar el límite superior de la incisión y sostener levantada la vejiga. Es muy importante hacer la incisión todo lo más cerca posible del borde de la vejiga, pues de esto depende el que puedan pasarse luego las suturas. Después de extraído el cálculo, la vejiga es perfectamente irrigada con una loción antiséptica y suturada. Las suturas son de seda muy fina número 0, y deben pasarse á través de la cubierta muscu-



Aguja con doble curva y ojo en la punta.

lar, á cada lado de la incisión, por medio de la aguja ya mencionada.

Deben estar muy juntas é insertarse después de sujetar la herida con la sutura superior. Debe tenerse especial cuidado en pasar la sutura más inferior por debajo del nivel de la incisión hecha. La incisión abdominal es después suturada y curada, insertándose un tubo de desagüe en su ángulo inferior. No debe dejarse ningún catéter en la vejiga.

Hay que advertir que en tres de los cuatro casos salió alguna orina por los puntos de sutura en las doce primeras horas después de la operación. En ninguno de estos casos fué necesario un catéter después de las primeras veinticuatro horas, y en el último, un adulto, la orina fué perfectamente expelida seis horas después de la operación, no escapándose ni una sola gota por la herida. En ningún caso el escape de la orina por las suturas retrasó la cicatrización, que fué completa á las treinta y seis horas, expeliéndose aquélla naturalmente.

En las personas gruesas la dificultad para suturar la vejiga, aunque grande, no es de ningún modo insuperable, y los puntos de mayor importancia para asegurar el éxito

parecen ser: 1.°, producir un buen estado ácido de la orina antes de la operación por medio del descanso en la cama y la administración del ácido borácico interiormente, en dosis de 25 á 50 centigramos tres veces al día durante algún tiempo antes de operar; el efecto de esta sustancia, aclarando la orina alcalina y curando la cistitis producida por el cálculo, es muy marcado á las doce ó veinticuatro horas de administrada; 2.°, debe tenerse mucho cuidado en evitar toda erosión con los dedos ó el incindir las cubiertas de la vejiga; 3.°, las suturas deben estar muy juntas y ser hechas con seda muy fina, teniendo cuidado de cerrar los dos ángulos de la herida; 4.°, no debe dejarse ningún catéter en la vejiga, usándose este instrumento todo lo menos posible después de la operación. Finalmente, el escape de la orina ácida normal por las suturas, durante las primeras doce horas después de la operación, no impide en modo alguno la unión por primera intención de la herida. (*Lancet*, agosto 1.° de 188º, pág. 260.)

78.—El evacuador perfeccionado de Otis.

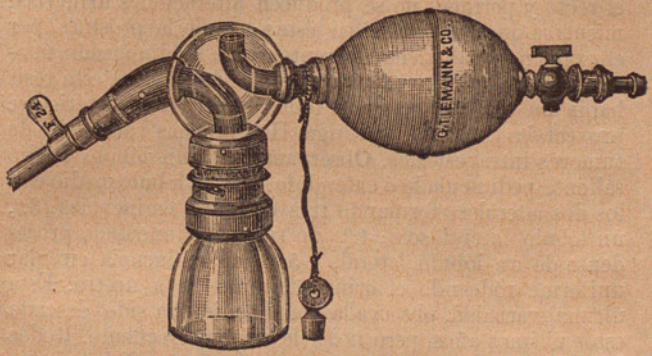
Por Fessenden N. Otis, doctor en Medicina, de Nueva York.

Las modificaciones hechas en el antiguo instrumento son las siguientes: 1.°, supresión de todas las espitas; 2.°, supresión del tubo entre el depósito y el globo, y del que existía entre éste y el tubo excretor, haciéndose así el instrumento más compacto y acortándose todo lo posible la distancia entre la vejiga y el receptor; 3.°, sustitución del metal por la goma donde ha sido posible, para hacerlo más ligero; 4.°, las aberturas del tubo en el globo son ovales en lugar de redondas; 5.°, aumento en el calibre del tubo excretor al penetrar el globo.

Este último evacuador (véase la figura) presenta, pues, las siguientes ventajas: 1.ª, perfecta salida de todos los fragmentos sin necesidad de usar ninguna forma de válvulas, tubos perforados, etc.; 2.ª, disminución del camino que han de seguir los fragmentos desde la vejiga al receptor; 3.ª, ausencia de toda espita ó clave entre la vejiga y el receptor; 4.ª, facilidad para llenarse y perfecta medida de la cantidad de agua que haya en la vejiga durante la evacuación; 5.ª, ligereza, fuerza y facilidad en su manejo;

6.ª, siendo visibles los fragmentos desde el momento que dejan el tubo hasta que salen del receptor, puede verse si vuelven á la vejiga.

El evacuador primitivo de Otis fué hecho por los seño-



Evacuador perfeccionado de Otis.—Cabida, 8 onzas; peso vacío, 10 onzas, y lleno, 18 onzas.

res George Tiemann y compañía (instrumentistas de Nueva York, los cuales me han auxiliado mucho en el perfeccionamiento que hoy recibe dicho instrumento. (*Lancet*, agosto 21 de 1889, pág. 423.)

79.—Sobre la prostatectomía suprapúbica en casos de retención crónica de orina por infarto prostático.

Por A. S. McGill, profesor de Cirugía en el Colegio de Yorkshire y cirujano de la Enfermería de Leeds.

Me propongo en esta tesis excluir todo lo referente á la forma aguda de la retención, y circunscribir mis observaciones á la crónica, es decir, á aquellos casos en que la vejiga no evacua por completo su contenido.

Ha sido desde antiguo reconocido que la gravedad de los síntomas en un caso de hipertrofia de la próstata tiene poca ó ninguna relación con su tamaño aparente apreciado por el recto, y es también sabido que un número considerable de personas de cincuenta y cinco años para arriba

tienen las próstatas de un tamaño anormal, si bien sólo el 50 por 100 de ellas tienen síntomas urinarios. Esta extraña diferencia depende del modo como el órgano está infartado.

Cuando el infarto, por grande que sea, se proyecta hacia el recto y perineo, no se producen alteraciones urinarias; mientras que pueden existir éstas cuando la próstata, por el examen rectal, tiene aparentemente su dimensión normal. En los veinticuatro casos en que se basa esta tesis había un carácter común á todos: el infarto prostático se proyectaba dentro de la vejiga. Hay muchas variedades de tumores intravesicales. Obsérvanse: 1.°, un lóbulo medio saliente pedunculado ó extendido; 2.°, un lóbulo medio con los dos laterales, formando tres distintas eminencias; 3.°, un lóbulo lateral solo; 4.°, un tumor pedunculado procedente de un lóbulo lateral, y 5.°, una eminencia circular uniforme rodeando el orificio interno de la uretra. Esta última variedad, observada por Brodie, ha sido descrita estos últimos años, pero no suele ser muy frecuente. Rodea la uretra como un collar y se proyecta á una distancia variable dentro de la vejiga. Cuando se contrae la vejiga el líquido contenido es forzado sobre el tumor prostático, cerrándose el orificio uretral. El mecanismo es el mismo (salvo una excepción), cualquiera que sea la variedad del infarto, y cuanto mayor sea la contracción, más completa será la acción de la válvula. El enfermo, por sugestión propia, deja de hacer esfuerzos violentos, y disminuyéndose la presión sobre la válvula se relaja el orificio uretral y la orina fluye formando un tenue chorro. Si intenta expelerla más deprisa vuelve á interrumpirse el chorro, y sólo después de varios intentos se puede obtener un incompleto alivio. Llega después un tiempo en que aunque la vejiga contenga orina no puede ser expelida, variando mucho la cantidad de este residuo urinoso según los diferentes casos. Su presencia y frecuentes ganas de orinar consecutivas se explican por necesitarse una contracción más violenta de la pared que complete la parcial expulsión del contenido, la cual, comprimiendo la válvula, cierra más la uretra, haciendo imposible la salida de la orina. Obsérvase una excepción de la regla general en casos en que existe un pequeño lóbulo medio, situado parte en la vejiga y

parte obstruyendo la uretra prostática. En este caso el paso es cerrado por la proyección, no habiendo acción valvular. La orina es expelida por una violenta contracción, y la pared vesical está muy hipertrofiada y su cavidad muy contraída.

En muchos casos el cateterismo es el único tratamiento apropiado. Todos hemos visto enfermos que con la pequeña molestia que produce el paso del catéter han recobrado la salud algunas veces durante muchos años. No creo, pues, que ninguno de nosotros creerá conveniente bajo estas circunstancias someter á un enfermo á una operación radical.

Sin embargo, el cateterismo no sólo puede no dar el resultado apetecido, sino que con frecuencia (especialmente en enfermos de hospital) es inútil. El enfermo ha tenido ganas frecuentes de orinar y molestia general durante algunos años, no habiendo tenido asistencia quirúrgica alguna hasta que por cualquier causa ha sobrevenido la retención completa. El cirujano pasa un catéter con dificultad, prodúcese mucha hemorragia, la vejiga se llena de sangre y la vida del enfermo peligra. Si el ataque es agudo, sábese que no puede aprender á sondarse él mismo, siendo imposible la continua asistencia de un cirujano, y por lo tanto, el tratamiento por el cateterismo. Aun en casos en que aparentemente no haya dificultad alguna, es á veces imposible enseñar al enfermo á sondarse él mismo. En estos casos, bastante frecuentes, es absolutamente necesario recurrir á una operación radical, la cual, para que sea eficaz, debe: 1.°, evacuar completamente la vejiga, y 2.°, quitar de un modo permanente la causa de la obstrucción. Hace ahora diez ó doce años que empezó á practicarse el desagüe perineal para curar la cistitis en enfermos afectos de lesión prostática. La curación obtenida con este medio ha sido más completa, estando hoy su práctica bien reconocida y establecida. En cuanto se establece un desagüe conveniente la vejiga deja de ser un receptáculo, la orina excretada de los riñones pasa por ella sin detenerse, evitándose las alteraciones pútridas, y cesan los síntomas agudos. La curación es, sin embargo, sólo temporal, teniendo el enfermo que someterse á la molestia de llevar siempre consigo un orinal, ó puede cerrarse la fístula ar-

tificial, con la probable reaparición de los síntomas. Es, pues, necesario, si deseamos una curación permanente, que los medios empleados sean más radicales. Hemos visto que la causa del trastorno es la hipertrofia prostática intravesical, la cual debe naturalmente ser rectificada. Puede sólo hacerse esto dejando una superficie cruenta en la región prostática de la vejiga, y como indudablemente la orina acumulada entonces tiene que dar lugar á graves desórdenes, tendremos otra y no menos importante razón para procurar un desagüe conveniente.

La operación radical para destruir la obstrucción prostática puede ser uretral, perineal y suprapúbica. De éstas, la uretral parece ser la menos recomendable, porque se funda en una base anatómica falsa al suponer que la causa de la retención de orina es una barrera en el cuello de la vejiga y que su división producirá la curación. De 24 casos sólo 5 presentaban algo parecido á una barrera, siendo dudoso que tanto con la operación de Mercier como con la de Bottini se haya obtenido algún resultado satisfactorio.

Pasemos ahora á comparar la operación perineal con la suprapúbica. Yo prefiero está última por las siguientes razones:

1.ª Es generalmente más aplicable. El doctor Watson, de Boston (Estados Unidos), cuya excelente monografía sobre esta cuestión he tenido el gusto de leer, expresa su opinión de que debe preferirse la ruta perineal. Cree que es clínicamente más segura, y sus muchas observaciones post mórtem demuestran que en casi todos los casos pudo ser perfectamente incindida ó parcialmente extirpada por cualquiera que tenga un dedo índice de tres ó más pulgadas de largo. Reproduciendo sus mismas palabras, no es prudente hacer una operación en que haya la probabilidad de malos resultados en el 30 por 100 de los casos. En otros casos, una simple incisión y la extirpación parcial del tumor intravesical da, según mi opinión, generalmente muy mal resultado. No es, sin embargo, recomendable limitar la habilidad para practicar una operación á las personas cuyos dedos sean extraordinariamente largos. El que esta operación es algunas veces practicable lo demuestra un caso publicado por el doctor Reginald Harrison, y el que no lo sea comúnmente lo comprueban mis propios ca-

sos. En sólo tres de los 12 casos en que he operado pudieron extirparse fácilmente por la vía perineal las porciones prostáticas salientes.

2.ª Puede practicarse con mayor precisión y completarse con más seguridad. Creo es imposible diagnosticar la naturaleza del tumor intravesical hasta que el dedo se halla en la vejiga; podemos sospechar el infarto del lóbulo medio, pero no aseguramos que sea él solo el infartado. Nunca podrá explorarse la vejiga de un modo tan completo como por una herida suprapúbica.

Todas las porciones salientes pueden apreciarse fácilmente, pero suelen ser extirpadas con dificultad, lo que me ha hecho creer que los intentos de extirpación á través del perineo suelen muchas veces no dar resultado.

3.ª Asegura un desagüe más completo y conveniente. Puede argüirse por algunos que la situación de la herida suprapúbica impedirá el desagüe, y que la orina saldrá más fácilmente y mejor por una herida perineal que por una hecha encima del pubis. La experiencia demuestra lo contrario. El desagüe se efectúa mejor á través de los tejidos blandos abdominales que de los duros perineales, habiéndose comprobado así en un caso ya publicado. En un enfermo con fracturas de la pelvis y rotura de la uretra abrí la vejiga por encima del pubis, incindiendo también los tejidos infiltrados del perineo. Pasóse un tubo por la vejiga, de modo que la atravesase de arriba abajo, observándose que después de quitado, y mientras la herida permaneció abierta, toda la orina salía por arriba.

4.ª Está igualmente exenta de peligros, si bien hay que tener presente que esto no es más que una opinión sin base práctica, puesto que no hay estadísticas que lo comprueben. En los 34 casos en que se practicó la operación suprapúbica, por mis colegas y por mí, la mortalidad ha sido menor de lo que razonablemente se esperaba. Todos los enfermos eran viejos de sesenta á setenta años, y en casi todos ellos su estado general era malo. De mis casos, ocho hubieran muerto pronto indudablemente si no se les hubiera operado. De los 34 casos hubo 4 muertes (16,6 por 100), de las cuales una fué debida á depresión nerviosa, 2 á depresión y hemorragia y una á supuración retropúbica. Este último caso fué el único en el que el resultado fatal

pudo principalmente atribuirse á la incisión suprapúbica. La presencia ó ausencia de cálculo en la vejiga, así como el infarto prostático, no ejercieron, según estas estadísticas, influencia en la mortalidad. En 7 casos de litotomía hubo una muerte y en 17 de prostatectomía 3.

Creo innecesario describir en detalle la operación de la prostatectomía suprapúbica; pero no estará demás llamar la atención sobre unos cuantos puntos especiales, sobre su *técnica*, fundados en la experiencia de 37 cistotomías suprapúbicas de varias clases:

1.° La cantidad de agua inyectada en el saco rectal, especialmente en casos en que la próstata está anormalmente endurecida, debe ser menor que la que suele recomendarse. En el caso 12 hubo hemorragia rectal profusa, que fué cohibida con gran dificultad. En el caso 18 hubo considerable equimosis y erosión de la membrana mucosa del recto, y en otro caso de litotomía se observó hemorragia. En cada caso se decidirá según sus síntomas, pero de 6 á 10 onzas suelen generalmente bastar.

2.° La vejiga debe ser irrigada hasta que la loción antiséptica usada salga perfectamente clara. La cantidad dejada en la vejiga varía de 10 á 20 ó más onzas. La mano colocada sobre el hipogastrio apreciará cuándo la distensión es suficiente.

3.° En casos en que la vejiga está contraída, y sus paredes engrosadas y no distensibles, no suele recomendarse esta operación.

4.° Es mejor dejar un catéter en la vejiga hasta que se abra su cavidad, pues es un guía que facilita la operación. Debe tenerse cuidado de no sujetar el colgajo peritoneal (falso ligamento superior) dentro de la herida con la punta del instrumento.

5.° Es mejor dividir la línea alta, incindiéndola desde inmediatamente por encima de la sínfisis hacia arriba sobre una cánula.

6.° Debe tenerse cuidado de sostener la vejiga antes de proceder á extirpar la próstata, para lo cual es mejor insertar dos suturas en cada labio de la herida y asegurarla firmemente á la parte más profunda de la pared abdominal. Cuando la operación es completada, una tercer sutura pasada á través del ángulo inferior de la herida aumenta

la seguridad contra la extravasación urinaria dentro del espacio retropúbico.

7.° La próstata debe ser extirpada siempre que sea posible por enucleación con el dedo y no por sección. Después de cortar con tijeras la membrana mucosa sobre la porción saliente se completa la operación con el dedo y las pinzas, evitándose así la hemorragia excesiva. Un lóbulo medio pedunculado puede, sin embargo, ser extirpado incindiendo su base. La hemorragia se cohibe mejor por irrigación con agua muy caliente.

8.° Debe insertarse en la vejiga un gran tubo, uniéndose la herida por encima de él con una serie de suturas profundas y superficiales. A las cuarenta y ocho horas debe retirarse el tubo.

9.° El tratamiento ulterior consiste en conservar limpias las partes y en el lavado de la vejiga y herida, en casos excepcionales, con una solución borácica.

[El doctor McGill da una tabla completa de 24 casos en los que se ha practicado la prostatectomía suprapúbica, que omitimos.]

Resultados finales.—Al apreciar los resultados finales en los enfermos operados es razonable excluir todos los casos de litotomía, puesto que puede perfectamente argüirse que los buenos resultados obtenidos son debidos á la extracción del cálculo y no á la extirpación de la próstata. El número queda, pues, considerablemente reducido, deduciéndose de los 24 casos 7 de litotomía: 4 muertes, 3 directamente debidas á la operación y una á pneumonía cuando el enfermo estaba convaleciente; 2 casos están aún en tratamiento, y uno que no pudo anotarse. De modo que sólo podemos referirnos á 10 casos, de los cuales 8 han continuado bien, requiriendo uno solo el paso de un catéter después de haber bebido con exceso. En un caso la operación, debido á la gran dureza de la próstata, fué muy mal completada, adoptándose el desagüe suprapúbico, pero con poca ó ninguna ventaja. En otro caso sobrevino la muerte diez meses después de la operación por reproducirse al parecer la afección que se creía curada. Era un enfermo cuyo estado general era muy malo y que llevaba una vida desordenada.

Llamaré ahora particularmente la atención sobre seis ca-

sos en los que, á pesar de llevar la retención prostática mucho tiempo de existencia, pudo la vejiga expulsar su contenido después de la operación. Sir Henry Thompson, que no ha practicado, que sepamos (y desde luego no ha publicado un solo caso), ninguna prostatectomía suprapúbica, dice en la última edición de sus *Afecciones de los órganos urinarios*: «Cuando ha sido necesario practicar el cateterismo ordinario por retención debida á infarto prostático de dos ó más años de existencia, las cubiertas vesicales pierden su poder y son incapaces de recobrarlo después de tanto tiempo, y aun suponiendo que desaparezca por completo la obstrucción, no podrán expeler el contenido. Dedúcese de esto razonablemente que ninguna operación restablecerá el *statu quo* por la imposibilidad en que estamos de restaurar la función expulsora de la vejiga después de llevar tanto tiempo sin ejercerse. Recientemente se ha propuesto abrir la vejiga por encima del pubis con el objeto de extirpar las porciones salientes de la próstata en algunos casos, y lo que acabo de decir respecto á los casos avanzados puede igualmente aplicarse á dicho procedimiento, es decir, que no se obtendrá con él ningún beneficio positivo». En todos los casos arriba mencionados han existido durante muchos años síntomas prostáticos acentuados, y en uno se practicó el cateterismo varias veces al día durante siete años. Este último caso no ha vuelto á usar el catéter desde la operación (hace veinte meses), pudiendo vaciar perfectamente su vejiga, no tiene dolor ni molestia alguna y puede dormir toda la noche. Si lo dicho por Thompson fuera cierto, sería imposible curar radicalmente la hipertrofia prostática; es, pues, satisfactorio poder demostrar que es sólo un juicio fundado sobre una hipótesis falsa. (*British Medical Journal*, octubre 19 de 1889, página 863.)

80.—Sobre el endoscopio de Leiter aplicado al tratamiento de las enfermedades de la vejiga.

Por el doctor H. Thompson.

Leiter, asociado con Netze, consiguió iluminar directamente la vejiga, mas el calor que la incandescencia del aparato producía hacía necesaria una corriente de agua

fría; pero hoy día, por medio de una lamparita Lovan que cabe en la extremidad de una sonda hueca de los números 22 y 23 de Charrier, se ha simplificado el aparato y se consigue el objeto deseado, pero no impide que haya que seguir ciertas reglas para hacer el examen sin peligro y con buen resultado.

La corriente eléctrica, en el aparato de Leiter, proviene de una batería de cuatro ó seis elementos de bicromato, con sus correspondientes electrodos, que se pueden aplicar á dos sondas diferentes: una cuya luz ilumina las paredes anteriores laterales é inferior y otra que dirige su luz á la parte posterior. Lo primero que se hace es mover la manivela de la batería para que los elementos de ésta se sumerjan en el líquido existente y se establezca la corriente. El reostato ha de ser ajustado de manera que se obtenga el máximum de resistencia, es decir, que la corriente disminuya lo más posible antes de cerrarse ésta, pues de no hacerlo así podría destruirse la lamparita por lo fuerte de la corriente. La luz conseguida servirá de guía en seguida, y si se quiere más se correrá el botón correspondiente hasta graduarla, estando ya corriente el aparato.

Las reglas que se deberán seguir, son:

1.ª Que la vejiga contenga líquido; no puede usarse la luz en la vejiga vacía, porque se desarrolla bastante calor. Seis onzas lo menos, ó mejor ocho ó diez en algunos casos.

2.ª Este líquido ha de ser transparente; se debe extraer la orina turbia, y con mayor razón si hay alguna hemorragia, y lavar la vejiga, pero muy delicadamente para no producir nuevas emisiones de sangre. Como este examen es principalmente aplicado al diagnóstico de papilomas, para comprobar su presencia ó su falta es necesario que todas las maniobras sean hechas con gran delicadeza de mano.

3.ª Hecho esto, se introduce con cuidado la sonda número 1 hasta la vejiga antes de establecer la corriente y de que se encienda la luz. De no hacerlo así, la sonda, con la lamparita incandescente, podrá producir quemaduras en la uretra. Por la misma razón se ha de apagar la lamparita algún tiempo antes de sacar la sonda. Lo mejor es introducir la sonda suelta, y cuando esté introducida poner los alambres en su sitio.

4.ª Tan pronto como se sienta que la punta de la sonda

está libre en la vejiga, parcialmente distendida, se la empuja tanto como sea posible hacia adentro y se ponen los hilos en posición para que se pueda cerrar la corriente, hecho lo cual se hace mover el manubrio, que determina se establezca ésta y aparezca la luz. Si el líquido introducido es claro, el observador, al mirar por el anteojo que hay en el pabellón de la sonda, ve la pared anterior de la vejiga. Esta vista se obtiene por medio de un pequeño prisma que existe en el ángulo formado por el cuerpo y la punta de la sonda, que trasmite los rayos luminosos desde la superficie al ojo del observador.

Con movimientos ligeros que solamente la práctica puede enseñar, y de modo alguno se pueden describir, se presentan en el campo de la observación las demás paredes lateral é inferior. La parte posterior de la cavidad se ve con la sonda núm. 2, que se introduce y arregla como la otra, y en la que se arma el pequeño anteojo de la misma. No se debe olvidar que no hay que tener la punta de la sonda en contacto inmediato con la membrana mucosa por más de unos cuantos segundos cuando esté funcionando la luz, con cuyo objeto se imprimirán pequeños y continuos movimientos á la dicha extremidad para que no pueda quemar. Y cuando la sonda está fuera de la vejiga y se quiere que se encienda la luz, se debe hacer esto sumergiendo en agua la punta para que no se estropee con el calor la lamparita ó el cristal que la cubre. La luz no debe arder por más de un minuto al aire libre. Si no ha de servir por el momento, se meterá en agua ó se interrumpirá la corriente.

¿En qué casos es más provechoso este instrumento? En primero y principal lugar en los de tumores pequeños y hemorrágicos, respecto á cuya presencia y sobre todo grado de crecimiento suele haber dudas muchas veces. Tales son los tumores papilomatosos, cuyo carácter distintivo es la repetición de hematuria durante muchos años, es crecer despacio, y por algún tiempo suelen no producir dolores ni frecuencia en la micción.

Si el tumor, como ocurre con frecuencia, es tan vascular que la introducción del instrumento provoca hemorragias, no se puede emplear este medio para saber el tamaño y número de los tumores si los hay. Mas si, por el contrario,

es posible lavar bien la vejiga, y que el agua que ha de contener durante el examen esté bien clara y transparente, obtendremos valioso resultado con el endoscopio de Leiter.

No es necesario la endoscopia en los tumores cancerosos, que el tacto rectal y otros medios descubren, porque puede ser perjudicial para el enfermo.

También es útil el endoscopio para descubrir y reconocer los cuerpos extraños de la vejiga; pero en cuanto á la utilidad del instrumento para la uretroscopia, es materia muy discutible. Es fácil usarle sin necesidad; pero se debe cuidar de anestesiar la mucosa previamente con una solución de cocaína al 4 ó 5 por 100 durante ocho ó diez minutos para evitar dolores, á causa de lo delicada que es la uretra. En las estrecheces no es preciso, bastando otros instrumentos bien manejados. Además, la introducción de un tubo perturba las relaciones del diminuto orificio de la pared, y prácticamente es menos útil que en la teoría.

Pero hay otras condiciones en las que puede servir el endoscopio. No dejan de verse pequeñas excrescencias papilomatosas y algunas congestiones locales que deben y pueden tratarse con facilidad tópicamente con los cáusticos con ayuda del instrumento.

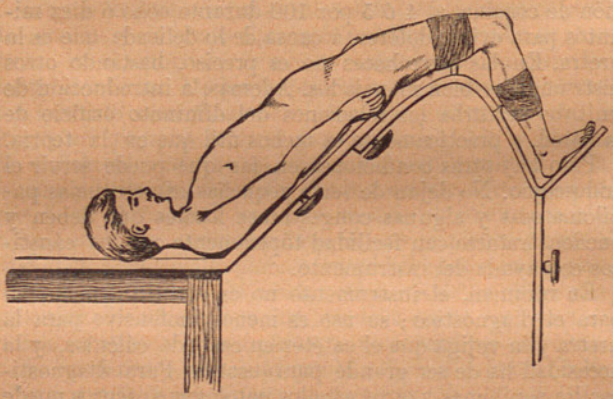
En resumen, el instrumento no es con frecuencia útil para el diagnóstico; su uso es menos inofensivo para la uretra y la vejiga que el catéter en caso de cálculos, y la necesidad ha de ser grande para usarle. Para diagnosticar los papilomas y otros estados patológicos oscuros puede prestar servicios especiales, pero sólo á falta de otros medios más sencillos y comunes se debe recurrir á él. Es necesario considerarle como medio de reserva para casos excepcionales, y como tal puede ser útil en ocasiones. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 7 agosto de 1889.)

81.—Observaciones sobre la posición del paciente en las operaciones suprapúbicas.

Por el profesor Trendelemburg, doctor en Medicina de la Universidad de Bonn.

[Al discutirse la tesis del doctor McGill sobre la prostatectomía, el doctor Trendelemburg hizo las siguientes observaciones]:

Si tenéis la amabilidad de escucharme unos cuantos minutos, haré algunas observaciones á la excelente tesis del doctor McGill. De algún interés debe ser para nosotros el saber el método ó procedimiento que adopto en la sección hipogástrica, y que creo es ventajoso, especialmente si se requiere alguna operación ulterior en el interior de la vejiga. La diferencia entre mi modo de operar y el ordinario estriba sólo en la posición del paciente sobre la mesa de operaciones, pues yo pongo su cabeza donde se acostumbra apoyar los pies; después de lo cual le empujo



hacia arriba por las piernas hasta que las nalgas lleguen al sitio correspondiente á la cabeza si el enfermo estuviera sentado, sosteniéndose las piernas en esta posición sobre las espaldas de un ayudante, ó son sujetadas á un aparato apropiado que se aplica al extremo superior de la mesa. Los intestinos entonces, por su propio peso, caerán hacia el diafragma, y en las personas delgadas se verá un surco profundo en la región hipogástrica producido por la presión del aire atmosférico. Tan pronto como los músculos rectos y la fascia profunda son divididos por sección transversa cerca del borde superior de la sínfisis, el aire se precipitará dentro de la llamada cueva de Retzü, cuyo espacio es en seguida abierto ampliamente, pudiéndose re-

conocer fácilmente la pared anterior de la vejiga y el repliegue peritoneal, por debajo del cual se abre sin ningún cuidado la vejiga. Es completamente innecesario dilatar el recto con el saco de Petersen, ni es tampoco muy importante el llenar la vejiga con agua. He practicado de este modo la operación varias veces estando la vejiga completamente vacía. Si se requiere extirpar un tumor de la vejiga ó practicar la prostatectomía ó cualquiera otra operación en su interior, debe abrirse aquélla en línea transversa y los bordes de la herida vesical fijarse temporalmente á los labios de la herida cutánea con suturas. Introdúcese entonces en la vejiga un espéculum blando de cobre, al cual se le ha dado por presión con la mano una forma conveniente, y se inspecciona sin dificultad alguna todo su interior. Si se requiere más luz, puede usarse un espejo reflector ó una pequeña lámpara eléctrica que acompaña al espéculum. Tengo aquí una fotografía que representa cómo aparece á nuestra vista el interior de la vejiga. Está tomada de un caso en que abrí la vejiga del modo descrito. Podréis fácilmente reconocer la punta del catéter proyectándose del orificio interno de la uretra, y también las sondas pasadas por ambos uréteres; es, pues, posible y aun muy conveniente operar de este modo en la fístula vesico-vaginal del interior de la vejiga, habiendo obtenido muy buen resultado en varios casos por mí tratados.

Esta posición es conveniente en todos los casos de laparotomía, cuando haya que hacer operaciones en la cavidad de la pelvis, como en la ovariotomía, histerectomía, para tumores fibrosos, resección intestinal por fístula consecutiva á hernias estranguladas, etc., etc. Abierta la cavidad peritoneal y separado el tumor uterino, por ejemplo, se verá perfectamente toda la cavidad pelviana, se reconocerán fácilmente los uréteres, se verán las arterias ilíaca é hipogástrica latiendo debajo del peritoneo, etc., etc. Si el paciente no vomita, los intestinos nunca saldrán por la herida, y por último, para la extirpación de cualquier tumor uterino grande la posición descrita será conveniente, puesto que es más fácil alcanzar el pedículo que con el modo ordinario de operar. (*British Med. Jour.*, octubre 19 de 1889, pág. 871.)

82.—Sobre la curación radical del hidrocele por extirpación del saco

Por F. A. Southam, cirujano de la Real Enfermería de Manchéster.

En una tesis sobre la curación radical del hidrocele que apareció en el *Lancet* del 10 de septiembre de 1887, llamaba la atención sobre el método de tratamiento por extirpación del saco y describía varios casos en los que se adoptó este plan con resultados muy satisfactorios. Desde entonces he aplicado el mismo tratamiento en tres casos más, y como pueden servir para ilustrar algunas de las condiciones en que está indicado este método de curación radical haré una breve descripción de cada uno de ellos.

La experiencia ulterior ha demostrado que, además de las medidas ordinarias para conservar un estado todo lo más aséptico posible de la herida, los puntos esenciales para el éxito son: 1.°, buen estado general del enfermo; 2.°, extirpación de todo el haz parietal de la túnica vaginal, de modo que no queden sobrepuestas dos serosas; 3.°, detención completa de toda hemorragia antes de cerrar la herida; 4.°, libre desagüe durante los primeros días; 5.°, presión uniforme sobre el escroto por medio de vendajes para mantener unidas las superficies profundas de la herida; 6.°, elevación del escroto durante el período de cicatrización. Si se presta la debida atención á estos extremos, creo que la operación ofrezca poco peligro, obteniéndose la curación radical, pues es prácticamente imposible que se reproduzca el hidrocele.

Caso 1.° Reproducción del hidrocele con adherencia del testículo al haz anterior de la túnica vaginal después de la punción é inyección de iodo; extirpación del saco, curación.— El enfermo, de cuarenta y cuatro años, ingresó en el hospital con un abultamiento escrotal que presentaba todas las apariencias de un hidrocele vaginal ordinario, excepto que el testículo estaba situado en la parte anterior del tumor, formando una prominencia bien marcada delante del escroto. Dicho hidrocele llevaba cuatro ó cinco años de existencia, habiendo sido evacuado varias veces, y la última vez, cuatro meses antes de ingresar en el hospital, se inyectó también iodo. Después de dicha inyección, según

dijo, estuvo en cama diez días por estar la parte excesivamente dolorosa, y en cuanto se levantó el hidrocele se reprodujo gradualmente, notando que el testículo había cambiado de posición, colocándose delante del tumor. Se abrió éste mediante una amplia incisión por el lado externo del escroto y salieron unas doce onzas de un líquido claro amarillento. Observóse entonces que el testículo estaba fijado en la parte anterior de la túnica vaginal por muchas y sólidas adherencias, las cuales fueron divididas, separándose con unas tijeras todo el haz parietal de dicha túnica que estaba algo engrosado. La herida fué cerrada con suturas, y se estableció un libre desagüe pasando un tubo por sus extremos superior é inferior. A los once días estaba cicatrizada y á los catorce abandonó el hospital. Cuando lo vi últimamente, á los seis meses después de la operación, no se había reproducido el hidrocele.

Caso 2.° Gran engrosamiento é induración de la túnica vaginal; extirpación del saco, curación.—El enfermo, de cincuenta y cinco años, vino á la consulta del hospital con un abultamiento escrotal del tamaño del puño. Según manifestó hacía tres años próximamente que lo tenía, habiéndosele evacuado tres veces, arrojando cada vez una gran cantidad de líquido claro. Parecíase á un hidrocele vaginal ordinario, excepto en que era más duro y más opaco al trasluz La historia del caso y las condiciones mencionadas indicaban la presencia de un hidrocele de pared gruesa, y se confirmó esta opinión explorando el tumor con una jeringa hipodérmica, por la que salieron unas cuantas gotas de un líquido claro amarillento. En atención al engrosamiento del saco se consideró este caso apropiado para el tratamiento por extirpación, admitiéndosele en seguida en el hospital. Al abrirse la cavidad de la túnica vaginal salieron varias onzas de líquido claro amarillento, y según lo supuesto se encontró el saco sumamente engrosado (de un cuarto á media pulgada de espesor) é indurado casi como un cartílago. Todo el haz parietal fué extirpado, cerrándose después la herida con suturas y estableciéndose el desagüe por medio de un tubo. Pronto cicatrizó la herida, excepto en su centro, que no lo hizo hasta que se refrescaron nuevamente sus bordes bajo la acción de la cocaína y se volvieron á reunir mediante tres sutu-

ras de alambre. Cuando vimos últimamente al enfermo, tres meses después de la operación, no se había reproducido el hidrocele.

Caso 3.º Supuración de la túnica vaginal y gangrena de la pared del saco después de evacuado; extirpación del saco, curación.—El enfermo, de cincuenta y ocho años, se presentó solo en la consulta del hospital con un abultamiento doloroso y movible del tamaño de una nuez, y que interesaba el lado izquierdo del escroto, cuyos tejidos estaban edematosos é inflamados. Según manifestó, hacía tres años que lo tenía, habiendo sido evacuado ocho ó nueve veces. Pocos días después de la última punción, que fué hecha quince antes de venir á la consulta, el escroto empezó á inflamarse, poniéndose sumamente doloroso. El estado inflamatorio de los tejidos del escroto, la naturaleza movible del tumor y su rápida reproducción después de puncionado, todo indicaba la presencia de pus en la cavidad de la túnica vaginal, confirmándose el diagnóstico con una punción exploradora por medio de un pequeño trócar y cánula. Después de admitido en el hospital se hizo una amplia incisión en el tumor, por la que salió cerca de diez onzas de líquido purulento espeso de la cavidad de la túnica vaginal. Como dicha túnica estaba muy engrosada (estando pegada con haces de linfa, y presentando en algunos puntos un aspecto gangrenoso), todo su haz parietal fué extirpado con unas tijeras. La cavidad, después de bien lavada con una loción de ácido carbólico y espolvoreada con iodoformo, fué llenada con hilas empapadas en aceite carbólico, no intentándose cerrar la herida por el estado inflamatorio de los tejidos del escroto. Cicatrizó rápidamente, abandonando el enfermo el hospital á los quince días con la herida casi cerrada. Cuando le vimos la última vez, doce meses después, no se había reproducido el hidrocele, notándose en el sitio de la operación una cicatriz deprimida. (*Lancet*, octubre 24 de 1889, pág. 845.)

83.—Sobre el tratamiento del cistocele inguinal.

Por los doctores Monod y Delageniere.

Una vez establecido el diagnóstico de cistocele inguinal, debe siempre intervenir el cirujano, á condición de que el

enfermo no presente contraindicaciones referentes á su mucha edad ó á un mal estado general. Solamente de una manera excepcional se recurrirá á los vendajes para contener esta especie de hernias. Este medio no sólo es ineficaz, sino también peligroso, puesto que la reducción completa de un cistocele es siempre problemática y se corre el riesgo de aplicar un vendaje sobre las paredes vesicales herniadas.

La operación debe ser, pues, la regla. Por operación entendemos una intervención radical destinada á combatir, tanto los accidentes actuales, como las complicaciones más tardías: cistitis, pielonefritis, etc., etc. Hay que apresurarse á intervenir cuanto antes.

El enfermo se encontrará en las mejores condiciones de edad y de estado general, y sobre todo las alteraciones de la vejiga y de los riñones no se encontrarán todavía muy adelantadas, condición esencial para poder esperar una curación absoluta. Esto quiere decir que la operación debe ejecutarse en el período de principio de la afección. Pero en esta época es cuando precisamente es más difícil el diagnóstico y se está expuesto á desconocer un cistocele en sus principios.

Nos será fácil demostrar que no es en manera alguna necesario un diagnóstico preciso, á condición de estar bien penetrado de los preceptos que deben guiar al cirujano en sus intervenciones para con las hernias en general. En su libro sobre la cura radical de las hernias, M. J. Championnière aconseja la operación para todos los casos en que la hernia no es simple, ó bien cuando sea irreductible, incoercible ó dolorosa.

Es evidente que la aplicación rigurosa de esta regla impedirá pase desapercibido un cistocele inguinal en la mayoría de los casos; pero podremos hallarnos en presencia de una hernia vesical simple, reductible, coercible é indolora, sobre todo al principio de la afección, cuando todavía no existe cistocele, sino únicamente lipocele vesical.

La misma objeción podrá hacerse al consejo de Trelat de operar siempre que la hernia no sea completa, constante y fácilmente contenida por un vendaje. Por estas razones, generalizando un poco estas leyes, diremos que toda hernia dolorosa, irreductible, incoercible ó cuyo diagnósti-

co haya dejado alguna duda, deberá ser operada lo antes posible, entendiendo por diagnóstico el del contenido de la hernia.

Decidida la operación, para que sea realmente eficaz será necesario que satisfaga cierto número de indicaciones, fáciles de apreciar si se tiene en cuenta la manera de formarse el cistocele inguinal. Un cistocele no será, en efecto, radicalmente curado como no se consiga remediar con la operación el estado de debilitación de la vejiga; suprimir el lipoma herniario, que podría ser origen de una recidiva; cerrar la serosa peritoneal al nivel del anillo, y, por último, aproximar todo lo posible los bordes fibrosos de este anillo para oponerse á una acumulación nueva en este sitio de la grasa perivesical. ¿Pueden satisfacerse estas condiciones? Así lo creemos, sin que la operación presente por sí misma serias dificultades de ejecución ni haga correr gran riesgo á la vida del enfermo.

En efecto, para conseguir este resultado bastará escindir el lipoma herniario con una porción de la vejiga herniada; hacer en seguida la sutura de la vejiga; tratar por último el saco herniario, si existe, y los pilares del anillo como en la cura radical de las hernias. La escisión, con que aconsejamos sustituir la incisión, ningún peligro implica á la intervención. En cuanto á las consecuencias de la operación, no participamos de la opinión de Hache, y pensamos que, lejos de tener una influencia perjudicial sobre los riñones, la resección de una porción de la vejiga dilatada, disminuyendo su capacidad, tendrá, por el contrario, una acción favorable. Las micciones serán más numerosas, la vejiga se contraerá mejor y, por último, será más difícil la estancación de la orina.

El hecho capital para nosotros es el poder suturar y reducir después la vejiga, y esto lo han conseguido con excelente éxito Championnière y Pozzi. Si insistimos tanto sobre la sutura de la vejiga, es porque constituye el tiempo más importante de la operación radical. En efecto, si no se pudiera contar con esta sutura, la operación consistiría simplemente en rechazar hacia el vientre una vejiga dilatada provista de un lipoma pronto á salir de nuevo. De esta manera no se conseguiría el objeto principal.

Subsidiariamente esta práctica tiene también la ventaja

de permitir la exploración, más ó menos completa, del órgano y de desembarazarle de los cálculos y concreciones calcáreas que puede contener, por lo menos en su porción extraabdominal.

He aquí la descripción de la operación tal como creemos debe ejecutarse. Supondremos un caso en que el diagnóstico no sea seguro, sino únicamente probable.

Si no hay prisa, convendrá dejar al enfermo algunos días en reposo, durante los cuales se le darán, según Terrier, 4 á 6 gramos diarios de borato de sosa para aseptizar la vejiga. Los fenómenos de cistitis, si existen, desaparecerán rápidamente; la orina será aséptica en el momento de la operación, y no habrá peligro de que infecte la herida operatoria. Después de limpiar la piel se practicará sobre el tumor, á pequeños cortes, una incisión como para la cura radical de la hernia inguinal. Se progresará lentamente, y capa por capa, cogiendo con pinzas todas las laminillas que pudieran parecer un saco herniario. Si de esta manera se encuentra un verdadero saco herniario, habrá que aislarle, disecarle y escindirle después de haber ligado su cuello lo más alto posible, continuándose después la operación hasta encontrar un tumor herniario completamente privado de saco. El cirujano hallará un paquete grasoso más ó menos voluminoso y resistente. Si encuentra un saco herniario, el paquete grasoso se presentará por dentro y por debajo del saco tratado.

Este paquete grasoso se cogerá con los dedos, procurando pediculizarle, reconociendo las relaciones que este pedículo tenga con el anillo inguinal; por último, si se confirman las presunciones en favor de un cistocele inguinal, no se dudará en introducir una sonda en la vejiga é inyectar en ella agua boratada, y si hay necesidad, en desbridar el anillo para facilitar la penetración de la inyección en la parte herniada. Entonces se reconocerá que se trata de la vejiga, y nos dispondremos á abrirla y á escindir una porción de ella.

Esta parte de la operación deberá hacerse metódicamente. Supondremos que la vejiga está recubierta por un lipoma herniario, lipoma que debe extirparse con la porción correspondiente de la vejiga. La incisión á través del lipoma se continuará hasta que se abra el reservorio uri-

nario, circunstancia que nos advertirá la salida de un líquido por la herida. Los bordes de la abertura vesical serán cogidos inmediatamente con varias pinzas de presión confiadas á un ayudante, y se procederá á la extipación del lipoma, ó más exactamente al descortezamiento de la vejiga. Cuando haya terminado el tiempo de la operación, se abrirá ampliamente la vejiga para explorar la cavidad; después se procederá poco á poco, con tijeras, á practicar la escisión de una porción más ó menos extensa de la vejiga, colocando pinzas en sus paredes á medida que se vaya cortando, teniendo cuidado con los uréteres, que en los cistoceles voluminosos pueden haber sido arrastrados fuera del vientre.

No hay para qué decir que en los antiguos cistoceles, cuando está obstruído el canal de comunicación entre la vejiga y la porción herniada, es necesario practicar la escisión de toda esta parte de la hernia.

La sutura de la vejiga deberá hacerse con un cuidado particular, empleando catgut ó tres series de suturas, una más superficial que las otras y con puntos muy numerosos y próximos. Con el primer plano de suturas se afrontan perfectamente los labios de la herida; los otros dos están destinados á proteger el primer plano é impedir sea puesta tensa la primera sutura al distenderse la vejiga. Una vez suturada ésta, se rechazará al interior del vientre, por encima del pubis, terminándose la operación tratando los pilares del anillo y la herida como si fuera una cura radical de hernia inguinal. En la herida se pondrá un desagüe por si hubiera trasudación de orina, accidente sin ninguna importancia.

Los cuidados consecutivos de la herida serán los propios requeridos por las heridas de la ingle. Los que necesita la vejiga operada son de gran importancia, y tienden á evitar la producción de una fístula urinosa, de una duración más ó menos larga, teniendo presente que los lavados intempestivos de la vejiga exponen á este accidente.

El enfermo continuará tomando de 4 á 6 gramos de borato de sosa al día; luego, mañana y tarde, durante ocho días, será sometido á un cateterismo aséptico. En ningún caso se hará lavado boratado, pues obrando como dejamos dicho, el lavado de la vejiga se hará por medio de la orina,

hecha aséptica con el borato de sosa. En el intervalo de los cateterismos podrá el enfermo hacer funcionar su vejiga.

Tomando las precauciones antisépticas más rigurosas, y siguiendo estos preceptos, estamos persuadidos de que la operación mencionada será inofensiva y eficaz. (*Revue de Chirurgie*, 10 septiembre de 1889.)

AFECCIONES DE LA PIEL, ETC.

84.—Sobre la trichomycosis nudosa: una afección bacilar del pelo del escroto y axila.

Por B. Glasgow Patterson, cirujano de la Universidad de Dublín.

Definición.—Un estado especial, generalmente de carácter nudoso, que afecta al pelo de la axila y escroto, y debido al desarrollo y encapsulación en los haces corticales del tallo de una pequeña bacteria en forma de varilla.

Historia.—Para muchos observadores, hace tiempo que es conocido el hecho de que el pelo de la axila y escroto está propenso á una afección especial que no ataca el de otras regiones, encontrándose sólo en dichos sitios las condiciones de calor y humedad necesarias para su desarrollo, y cuya causa, aunque tenida como de naturaleza micróbica, ha podido eludir los distintos métodos de indagación empleados. Aunque las descripciones publicadas difieren algo unas de otras y de la que haremos ahora, sin embargo, no dudo que todas se refieran á un mismo estado, y que el aspecto de la afección está simplemente modificado en ciertos casos por la salud y hábitos del individuo y por las variaciones de humedad y calor á que se expone el organismo.

[Omitimos aquí las referencias que el doctor Patterson hace de las descripciones anteriores de la afección y algunas observaciones bacteriológicas.]

Apariencias macroscópicas.—A la simple vista, los pelos presentan un aspecto seco anormal, y al tacto producen una sensación áspera y nudosa. En lugar de presentar una superficie lustrosa, parece como que han sido quemados. Mejor aún, la diferencia á la vista y al tacto entre el pelo sano y el enfermo es la que existe entre un cristal pulido

y uno empañado. Examinando el pelo contra la luz, ó mejor con una lente simple, se ve que la aspereza es debida á la proyección á los lados del tallo de infinidad de pequeñas concreciones que pueden afectar una forma nodular ó difusa. Esta última puede extenderse á lo largo del tallo, dejando sólo pequeños intervalos de pelo sano; mientras que la forma nodular consiste en pequeñas masas redondeadas, generalmente más unidas en la parte externa del tallo y separadas por grandes intervalos de pelo sano. Ambas formas pueden con frecuencia observarse en un mismo pelo, dependiendo el grado presente sólo del estadio del proceso. Estas masas están firmemente adheridas, no desprendiéndose al frotar fuertemente el pelo, y sí solo con gran dificultad lesionándole. El pelo no puede decirse que es anormalmente frágil, pues no se le arranca fácilmente y tiene poca tendencia á romperse por los nudos. En algunas ocasiones, sin embargo, obsérvanse pelos que se rompen por los nudos, y entonces el punto terminal, con su separación de fibras, aparece al microscopio como un manojo de erizos dentro de una bola de gelatina. La afección puede atacar cualquier parte del tallo piloso, pero el sitio de elección es la parte media. Rara vez se observan nódulos bien desarrollados, excepto sobre las partes periféricas del pelo, y cuando la afección se extiende hacia el bulbo, siempre adquiere la forma difusa. Bajo ninguna circunstancia penetra dentro del folículo piloso.

Apariencias microscópicas.—El carácter progresivo de la afección, desde el extremo periférico del tallo hacia el folículo piloso, explica suficientemente su historia natural. Los bacilos, procediendo, como así sucede, del exterior, caminan hacia arriba por el tallo piloso, hasta que encuentran una parte suficientemente desarrollada que pueda darles lo necesario para vivir. Entonces empiezan el ataque, llenándose el tallo de nudos, á veces hasta taparle por completo, pero sin perder nunca su carácter nodular. Desde cerca de la unión de los tercios medio y externo separan á los nódulos intervalos mayores, ó en casos más avanzados puede la afección adquirir la forma difusa, desapareciendo gradualmente á medida que se acerca al folículo piloso. En estas partes, que son las últimamente atacadas por los primeros períodos del desarrollo de los bacilos, pueden

verse bien. De 50 pelos examinados, sólo en unos cuantos se observó alguna marcada alteración de esta disposición típica. Podemos, pues, sentar que el microorganismo proviene siempre del exterior, y nunca, bajo ningunas condiciones, de los folículos pilosos ó glándulas sebáceas. Esto se aviene con una observación del doctor Crocker, que en uno de sus casos cortó un pedazo de piel y encontró los folículos pilosos y sus apéndices perfectamente sanos.

Paso ahora á hablar de la formación de los nódulos.

Los bacilos tienen su asiento en la corteza del tallo piloso, no penetrando en la profundidad del pelo. La maceración producida por la humedad y calor de las partes donde sólo se observa esta afección (axila y escroto) separa las escamas epidérmicas y permite así que los bacilos se abran una entrada. Puede verse esto perfectamente en dichas partes cuando la afección está aún en su principio.



Fig. 1.—Pelo de la axila afectado de trichomycosis nudosa, con sus fibras corticales rotas y nudos homogéneos transparentes × 50.

Los bacilos penetran dentro del pelo, formando al principio pequeñas depresiones sobre su superficie, y al desarrollarse, la presión á que su crecimiento da lugar produce una separación longitudinal de las fibras corticales, que concluyen por romperse, separándose sus extremos. Al mismo tiempo tiene lugar la formación de la sustancia dura, homogénea ó ligeramente granular que rodea la bacteria como aprisionándola, cuya superficie forma á su vez las proyecciones ó nudos. Dentro de estas masas pueden verse, proyectándose, los extremos de las fibras rotas (figura 1.)

Esto también sirve como una especie de soporte para sostener el tallo en estos puntos débiles, explicándose así la ligera tendencia que tiene á romperse el pelo. La materia que así sobresale es exactamente igual en apariencia á aquella con que los pedículos fijan sus huecos al pelo. Es sumamente dura, insoluble en el alcohol, éter, cloroformo, benzol, bencina y espíritu de trementina, y resiste la acción

de los ácidos fuertes y de las soluciones alcalinas. En su estado natural tiene un color amarillo pálido, que se vuelve moreno oscuro con el iodo y púrpura oscuro con el metilo violeta. Debido á esta afinidad por el último reactivo, suele en general ser sólo posible ver los bacilos en los bordes externos de los nódulos, donde se confunden con el tallo, y en aquellos sitios por donde penetran en la corteza, pues el tratamiento requerido para decolorar los nódulos los decolora también á ellos. La forma nodular muy rara vez se observa en el pelo del escroto, ó si acaso en grado muy ligero. Con frecuencia en dicho sitio no se forman masas salientes, sino que el tallo en toda su extensión está

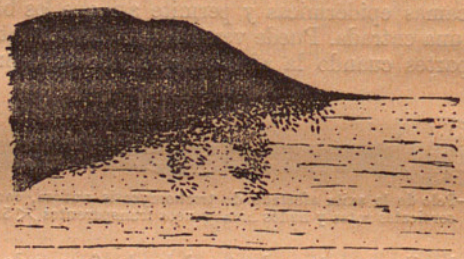


Fig. 2.—Bacilos del borde de un nódulo en la trichomycosis nudosa. Método de Gram.

superficialmente surcado por la bacteria, presentando un aspecto especial. En otros casos las concreciones están colocadas lateralmente, con pocos ó ningún intervalo de pelo sano entre ellas.

Los bacilos.—Los bacilos son pequeños, finos y alargados, con sus extremos ligeramente redondeados y de un diámetro la cuarta parte de un corpúsculo sanguíneo rojo. Se decoloran en seguida con cualquiera de los reactivos de anilina, pero se ven mejor si se les trata según el método de Gram. Examinados en una gota, sólo se observa en ellos el movimiento molecular de Brownian. Algunas veces se ven dos ó tres juntos, pero rara vez forman hilos largos. Las figuras adjuntas representan, aumentado, el aspecto que presentan en el borde de un nódulo (fig. 2) y la forma que tienen cuando están aislados (fig. 3).

Experimentos de cultivo.—Al principio se intentó desarrollar los bacilos en patatas esterilizadas á la temperatura ordinaria y á la del cuerpo, pero sin resultado. Después de una semana no se pudo apreciar signo alguno de desarrollo, y en un cristal con una preparación hecha con la sustancia que pudo rasparse de la superficie cortada de la patata sólo se observaron partículas y unas cuantas bacterias muertas. Las inoculaciones de tubos de gelatina de pepto-



Fig. 3.—Trichomycosis nudosa. Cristal con una preparación de bacilos, × 1.500.

na también dieron resultados negativos, permaneciendo la gelatina perfectamente transparente después de muchos días. Como la reacción de la axila fuera ácida, también se ensayó, pero sin resultado, la acidulación de la gelatina. Es, pues, evidente que los métodos ordinarios, de cultivo no reunen las condiciones necesarias para el desarrollo del microbio, y que deben hacerse experimentos en varios medios y bajo distintas condiciones de temperatura, humedad, etc., para tratar de obtener mejores resultados.

Nomenclatura.—Para terminar, sólo añadiremos que el nombre de «leptothrix» da una idea falsa de este estado

patológico, sustituyéndole por el de «trichomycosis nudosa», cuya primera palabra indica el origen bacteriológico de la afección y la segunda su carácter más saliente, y que cuando existe basta por sí sólo para reconocerla. (*British. Med. Jour.*, mayo 25, pág. 1166.)

85.—Sobre las aplicaciones del jabón verde en las dermatosis.

Por el doctor Slocker, catedrático de la Facultad de Valencia.

El primer grupo de las enfermedades cutáneas en el que se utiliza el jabón verde es en las alteraciones de secreción conocidas con el nombre de seborreas. Estas dolencias se caracterizan por una hipersecreción de las glándulas sebáceas, en virtud de la cual fluye por sus orificios entreabiertos el producto secretorio aumentado; el que, según sea de la forma seca ó confluente, se concreta formando pseudocostras (especialmente en la cabeza de los niños de pocos meses) ó escurre por la piel manchando las ropas del enfermo. En todos los casos dicho producto, si reside donde no se le separa con frecuencia, fermenta, dando lugar á una fetidez insoportable. En esta enfermedad, uno de los medios de tratamiento más eficaces consiste en el empleo del jabón verde. Como la dolencia casi siempre recae en la cabeza, es necesario preparar el producto secretorio para ser disuelto por el jabón, embadurnando todo el cuero cabelludo con el aceite de almendras dulces ó glicerina benzoinada, cubriendo la noche anterior la cabeza con un casquete de franela después de haber ejecutado la operación anterior. De este modo se va filtrando poco á poco entre los pelos y las costras sebáceas, facilitando su desprendimiento. Al día siguiente se quita el casquete y se procede á la aplicación del jabón, para lo cual se hace una mezcla de 60 gramos de éter con 30 de alcohol; se disuelve y filtra, se echa sobre la cabeza la cantidad equivalente á una cucharada de las de sopa, añadiendo además un poco de agua, y se fricciona suavemente para formar espuma, lográndose al poco tiempo la completa limpieza del cuero cabelludo y de los pelos. Si se trata de personas adultas, y sobre todo señoras, podemos seguir el tratamiento sin cortar el pelo; pero si la enfermedad recae en niños, es muy conveniente

cortar el cabello muy al rape para la más completa curación. En último término debe secarse con un paño, completando la operación con la tenacilla caliente aplicada á los pelos si son largos.

Aunque nuestro objeto en este artículo es muy concreto, y no tratamos de hacer descripciones completas de las enfermedades de la piel, no podemos menos de llamar la atención sobre una de las infinitas preocupaciones del vulgo, que nosotros contribuímos á sostener, porque el no combatirlas con todo el rigor necesario equivale á hacernos solidarios de ellas.

Nos referimos á que la caspa ó materia sebácea que conglutina los pelos de la cabeza en los niños no debemos levantarla ni menos lavarla, porque su supresión podría dar lugar á graves enfermedades internas por una verdadera repercusión.

Nada más lejos de la verdad que dicha aseveración; ciertos eczemas de la cara, cuando se presentan acompañando á la erupción dentaria, deben respetarse, como no tengan demasiada intensidad, en cuyo caso conviene moderarlos; pero exceptuando este caso concreto, nosotros debemos combatir la inmensa mayoría de las dermatosis, ya con medios tópicos si son puramente locales, ya con la prudente asociación de modificadores generales. En cuanto á la seborrea, es enfermedad de suciedad, y por lo tanto debe siempre ser combatida, eliminando los materiales acumulados y tratando de modificar la alteración funcional que los produce.

Las lociones con el agua jabonosa procedente del jabón verde se usan del modo que en la enfermedad anterior: en el comedón ó barro, como tratamiento previo que ha de ser completado con las lociones alcohólicas ó sulfurosas. Este tratamiento es idéntico al del acné.

Las anteriores dolencias son las únicas del grupo de las alteraciones secretorias en las que se suele usar el jabón verde.

En las enfermedades tegumentarias de naturaleza hiperémica se usa poco; en cambio es frecuentísimo el uso del jabón verde en la gran clase de las inflamaciones, y especialmente en el eczema, que es la enfermedad más importante de la demartología por su frecuencia, el gran número

de especies que abraza y por las distintas causas á que obedece.

Antiguamente sólo se tenían como eczematosas las inflamaciones de la piel acompañadas de gran coloración y vesiculación abundante. Hoy es más amplia la idea que se tiene del eczema, y consideramos como tal á toda inflamación tegumentaria seguida de exudación que se concreta en costras amarillentas, no muy espesas, y acompañada de prurito más ó menos intenso.

Son muy poco recomendables las lociones, especialmente de agua pura, en el eczema en general, y particularmente en el agudo; en todos estos casos el agua irrita la piel. Tampoco debemos usar el jabón verde ni puro ni asociado al alcohol ni al agua en el eczema agudo, siendo más útiles los absorbentes y los emolientes, como el polvo de fécula de patata, almidón, arroz, talco, el ácido salicílico y bórico, mezclados con los anteriores, y cuando empieza á ceder la inflamación, el óxido de zinc hidratado. Pero si bien en el eczema agudo más bien perjudica el jabón, en cambio, en el crónico, y muy especialmente en la variedad conocida con el nombre de *eczema rúbrum*, es uno de los mejores tratamientos que podemos emplear. Durhing dice que debe usarse casi siempre mezclado con el alcohol, como ya mencionamos anteriormente. Otras veces se emplea solo ó asociado al ungüento de diaquilón; en el primer caso se aplica un trozo, colocándolo antes sobre un paño de franela que se aplica al tegumento externo. En seguida se frota la placa hasta que desaparezca el jabón, y después, con otro pedazo de franela empapado en agua templada, se continúa frotando para que resulte espuma abundante, añadiendo de cuando en cuando agua para disolver el jabón. Con un tratamiento como el que acabamos de indicar suele desaparecer por completo el eczema sin necesidad de acudir á medios algo más enérgicos, y aun en los casos rebeldes no perjudica, preparando la piel en condiciones excelentes para usar más tarde otros medicamentos.

Después del eczema podemos usar con ventaja el jabón verde en la psoriasis, enfermedad de la piel que sigue con frecuencia á la primera y que se caracteriza por la producción de elevaciones papulosas de la piel sobre un fondo rojo inflamado que se cubren de escamas de aspecto naca-

rado, parecidas algunas veces á gotas de cera. En esta afección del tegumento se utiliza especialmente para reblandecer las escamas, hacerlas caer y aplicar más tarde otros agentes terapéuticos; si no se logra con el jabón, es preciso usar las duchas de vapor y sobre todo el cautchuc.

En la pitiriasis el jabón verde presta los mismos servicios que en la psoriasis (con la que tiene gran semejanza), sobre todo cuando no es debida á ninguna causa constitucional que la sostenga. Si se trata de pitiriasis parasitarias pseudoexantemáticas ó por causa accidental, suelen ser tan eficaces las fricciones jabonosas ó con alcohol que á veces bastan para la curación completa de la enfermedad.

Algunas neoplasias pueden modificarse con idéntico tratamiento, siendo la más importante el lupus. Se emplea en las dos variedades más importantes. Primera, lupus eritematoso, caracterizado por gran enrojecimiento de la piel en placas circunscritas más ó menos regulares, y anatómicamente por una neoformación celular infiltrada seguida de la formación de tejido fibroso retráctil que atrofia definitivamente el dermis. El tratamiento jabonoso prepara la placa lúpica para recibir otros medicamentos, como el ácido crisofánico sublimado, iodo y glicerina, ácido fénico y cáusticos, etc. En la segunda forma, ó lupus vulgar, también es de gran importancia el empleo del jabón verde; esta variedad se distingue de la anterior en ser tuberculosa, y acompañarse de ulceración previa casi siempre antes de venir la transformación fibrosa ó retracción consecutiva.

Usaremos el agente terapéutico que nos está ocupando para reblandecer las enormes costras que suelen cubrir las ulceraciones luposas, limpiar el fondo de las mismas y modificarle, preparando la placa, como en el caso anterior, para ulterior tratamiento.

En otras enfermedades de la piel se usa el jabón verde potásico, pero son menos importantes que las antedichas; bastando para nuestro objeto, que no ha sido otro que el generalizar el empleo de dicho jabón, terminar este trabajo preconizando su aplicación en las afecciones parasitarias, y especialmente en la sarna y pitiriasis versicolor. En ambas enfermedades hace caer las costras, elimina las es-

camas y disuelve la grasa, permitiendo que los agentes parasiticidas, como las preparaciones sulfurosas, ictiol, brea, ácido fénico, sublimado, etc., puedan obrar de un modo más directo sobre el parásito, matándole y curándose así la enfermedad. (*La Medicina Práctica* y *El Siglo Médico*, 7 julio de 1889.)

86.—Sobre el uso del etilato de sodio en el tratamiento de la hypertrichosis.

Por Arthur Jamison, doctor en Medicina de Londres.

La extirpación del pelo superfluo que haya en la cara suele ser una cuestión difícil y no siempre de resultado satisfactorio. El pelo vuelve á crecer de nuevo de un modo persistente, y si se emplea un tratamiento demasiado enérgico suele quedar una señal ó desfiguración permanente que recuerda al práctico su excesiva diligencia. Creo, pues, conveniente recomendar un plan de tratamiento que me ha dado excelente resultado en ciertos casos para la extirpación de la hypertrichosis, y dar algunos breves detalles de un caso notable observado en una niña de tres meses.

Toda la mitad derecha de su frente estaba enteramente cubierta por un espeso mechón de pelo negro, algunos de una pulgada de largo. El pelo adventicio partía de la ceja y párpado derecho, extendiéndose por la nariz al borde de la ceja izquierda y hacia arriba un poco á la izquierda de la línea media hasta el borde del cuero cabelludo. Por el lado externo se extendía en línea recta desde el ángulo externo del ojo derecho hasta un poco por encima del meato del oído derecho. No quise hacer nada hasta que la niña tuviese tres meses, pensando entretanto el método que había de seguir para extirpar este mechón de pelo superfluo. Todos me parecieron inaplicables en este caso, resolviéndome por último á ensayar el que ahora describiré.

Al aplicar el etilato de sodio en el tratamiento de los nœvi observé que cuando el nœvus estaba cerca de la porción pilosa del cráneo se caía el pelo que era tocado por aquél. Ensayé este efecto del etilato sobre varios pequeños lunares pilosos, y observando que los resultados eran muy satisfactorios, determiné aplicarlo en este caso. So-

metí, pues, la niña á la influencia del cloroformo después de cortar al rape el pelo de la frente, y unté el etilato de sodio sobre la superficie que quedó hasta que la piel adquirió un color anaranjado. Cuando pasó el efecto del cloroformo no notó dolor ni sensación alguna en el sitio de la aplicación, untándosele un poco de cold-cream.

A los quince días el resultado de este primer intento era muy satisfactorio. Los folículos pilosos de la mayor parte del sitio donde se hizo la aplicación parecían destruídos, quedando la piel blanca, pero en algunos sitios quedaban aún algunos pelos largos intactos. Al cabo de un mes volví á hacer otra aplicación, pero esta vez ataqué la superficie de la frente superiormente desde la ceja, dejando sólo el pelo de ésta. El resultado fué el mismo. Volví á aplicar el cáustico desde el borde de la ceja al oído, tardando algún tiempo en ver el resultado. Al llegar la niña á la edad de un año la frente estaba perfectamente limpia, pero la ceja y párpado estaban aún cubiertos de pelo largo, extendiéndose el de éste sobre el ojo. Apliqué entonces cuidadosamente el etilato sobre el párpado, produciéndose según era de esperar un edema en el párpado, pero que pasó sin complicación alguna. Quedaba sólo la ceja, la cual fué igualmente untada con etilato, pero esta tenue aplicación no produjo al parecer efecto alguno. Un segundo intento dió, sin embargo, mejor resultado, pues si bien no destruyó por completo el pelo, el que nació después era mucho más débil, fino y corto. El tratamiento subsiguiente del caso fué lento, consistiendo en tocar de cuando en cuando los folículos pilosos que no habían sido completamente destruídos con el cáustico dicho. La niña, de aspecto sano y robusto, tiene hoy seis años y su cara no muestra indicio ni señal alguna de lo pasado.

Para terminar, debo decir que reconozco la superioridad del etilato de sodio en el tratamiento de los lunares pilosos, pues la electrolisis suele ser dolorosa y siempre lenta y sólo aplicable en la hypertrichosis limitada, como en la de los labios ó mejillas. En los lunares, en que necesitamos, no sólo extirpar los pelos, sino también decolorar la piel, el uso del etilato me ha dado mejor resultado que cualquier otro agente. (*Practitioner*, julio de 1889, página 1.)

87.—Sobre la identidad de la erisipela y de la linfagitis aguda.

Por los doctores Verneuil y Clado.

Según estos prácticos, la erisipela y la linfagitis aguda son dos afecciones vecinas que se observan con frecuencia en la superficie del cuerpo, pero sobre cuya naturaleza y relaciones se ha discutido mucho sin haber llegado hoy los autores á ponerse completamente de acuerdo.

En efecto, mientras que unos las consideran como una sola enfermedad, ó á lo sumo como dos formas de la misma enfermedad, otros las separan completamente, concediendo, sin embargo, que pueden coexistir y confundirse.

Los unicistas, entre los cuales figuran Verneuil y Clado, invocan:

1.° La comunidad de asiento anatómico: la linfagitis ocupa los troncos linfáticos y la erisipela las redes del mismo sistema; una y otra invaden igualmente los ganglios.

2.° La similitud del proceso patológico, pues las dos afecciones presentan, allí donde son visibles, los fenómenos cardinales de la inflamación franca: rubicundez, calor, dolor y tumefacción con tendencia á la supuración.

3.° El mismo punto de partida en una solución de continuidad de las superficies tegumentarias.

4.° El mismo principio sintomático: escalofríos, vómitos, elevación brusca de temperatura, etc., con los trastornos generales que revelan una intoxicación repentina.

5.° La imposibilidad para el clínico de decir, en buen número de casos, si se trata de una linfagitis, ó de una erisipela, ó de las dos á la vez, habiendo comenzado el mal ora por una, ora por otra.

A estos argumentos, tan numerosos y concluyentes, añadiremos otra prueba enteramente decisiva, sacada del estudio experimental y micróbico.

Todos saben hoy que la erisipela es una enfermedad infecciosa, contagiosa, inoculable, que tiene por agente único un microbio especial, fácil de reconocer, de aislar, de cultivar y de transmitir á los animales. Los clínicos unicistas consideran igualmente la linfagitis como contagiosa, infecciosa, transmisible, y por tanto micróbica; pero no han aislado su microbio, ni inoculádole á los animales, ni de-

mostrado su identidad con el microbio erisipelatoso. Los profesores citados han procurado descubrir si la linfagitis pura, es decir, exenta de erisipela, podía suministrar microbios semejantes á los de ésta, y para ello han recurrido á la linfagitis de los miembros superiores é inferiores, que reside exclusivamente en los gruesos vasos rectilíneos; se presenta en forma de cordones rectilíneos, que serpean bajo la piel y se dirigen de la herida dérmica á los ganglios inguinales vasilares. Apreciables al tacto por su consistencia dura y el dolor á la presión, son á menudo también reconocibles por la vista á causa de la rubicundez lineal estrecha bien limitada que ofrece la piel en su trayecto.

Como la erisipela, termina esta linfagitis de dos modos: ó por resolución ó por supuración.

Estudiando el líquido de las colecciones purulentas formadas por estas linfagitis, han llegado los señores Verneuil y Clado á aislar y cultivar un microbio idéntico al de la erisipela. En la Memoria leída en la Academia de Ciencias de París, publican las observaciones de los enfermos que les han suministrado el pus necesario para las inoculaciones, y deducen las siguientes conclusiones:

1.ª La erisipela y la linfagitis aguda no son más que dos formas de una sola y misma enfermedad contagiosa, infecciosa y parasitaria.

2.ª Su agente es un microbio especial fácil de reconocer, de aislar, cultivar é inocular á los animales.

3.ª Este microbio, descubierto y descrito sólo para la erisipela, se encuentra en la linfagitis aguda con todos sus caracteres y propiedades.

4.ª Establece, pues, definitivamente la identidad absoluta de causa y de naturaleza de dos afecciones consideradas como distintas por gran número de autores. *(El Siglo Médico*, 5 mayo de 1889.)

88.—Sobre el uso del arsénico en las afecciones vesiculosas de la piel, especialmente en niños.

Por L. Duncan Bulkley, doctor en Medicina de Nueva York.

No es el objeto de la presente tesis tratar bajo el punto de vista general del uso y valor del arsénico en el tratamiento de las afecciones cutáneas, ni insistir sobre la nece-

sidad de hacer un diagnóstico rigurosamente exacto para recomendar su administración; sino que sólo se propone llamar la atención especialmente sobre la acción cierta y casi específica de dicho cuerpo en cierta forma ó variedad de afección cutánea, y demostrar después su verdadero valor en dosis grandes y frecuentemente repetidas, especialmente en los niños. De todas las afecciones vesiculosas, en la que el arsénico parece ejercer á veces su influencia más notable y específica es en el pemphigus vulgaris. Los escritos del inteligente é infatigable observador doctor Jonathan Hutchinson, en 1854, sobre un gran número de casos de pénfigo, algunos tratados con éxito por el arsénico, fueron los que hicieron fijar la atención por primera vez sobre el valor de las grandes dosis de dicha sustancia en esta afección. En 1877, el autor de la tesis objeto de estas líneas se ocupó de esta cuestión, refiriendo cinco casos más de pénfigo tratados satisfactoriamente con grandes dosis de arsénico, en uno de los cuales esta sustancia al parecer salvó la vida dos veces.

[Omitimos las narraciones de los casos del doctor Bulkley].

En algunas ocasiones, durante el curso del eczema, especialmente en adultos, la naturaleza del proceso parece como que se cambia, presentándose lesiones de carácter penfigoideo, las cuales siguen formándose á pesar del tratamiento ordinariamente empleado para el eczema, pero que ceden de un modo rápido con el libre uso del arsénico.

También es esta sustancia de gran utilidad para combatir las erupciones vesiculosas debidas al uso interno de las sales de iodo y bromo, especialmente las de potasio.

Revisando mis casos he observado que el arsénico ha dado buen resultado en varias y diferentes formas de erupción vesiculosa existentes en enfermos de ambos sexos y edades diversas, pues el más viejo tenía setenta y siete años y el más joven tres, siendo 4 hombres y 5 mujeres. Lo único que había de común entre estos casos era que en todos había vesículas, y que todos eran de carácter crónico, con repetidos accesos eruptivos hasta que la acción del arsénico los contrarrestó. De 3 adultos con verdadero pénfigo murieron 2; pero en estos casos se empezó á usar

el medicamento muy tarde, y uno de ellos murió probablemente de tuberculosis pulmonar. De la manera como este remedio detiene la erupción y mejora el estado del paciente, de los resultados en otros casos de pénfigo anteriormente referidos y de los obtenidos por otros, no hay duda de que en dosis convenientes el arsénico puede considerarse como específico del pénfigo.

Es, sin embargo, especialmente respecto á su libre administración en los niños y en casos apropiados por lo que llamamos ahora la atención. Los niños soportan el arsénico perfectamente, y aunque lo he dado muchas veces en grandes dosis, nunca he observado malos resultados. En general, el arsénico obra en ellos como purgante antes de manifestar los demás efectos fisiológicos, y puede darse impunemente en dosis crecientes en todas las erupciones vesiculosas. En muchos casos, naturalmente, se aumentará ó disminuirá su efecto con otros medios que las circunstancias exijan; en el primer caso, de una niña ya mencionada, se dió el aceite de castor y después se añadieron los hipofosfitos; y en el último caso, también niña, fué necesario dar algunas dosis de calomelanos, ruibarbo y soda, y finalmente, un tónico de hierro y arsénico; pero en cada uno de estos casos se usó el arsénico independientemente y en dosis relativamente grandes y frecuentes para detener y contrarrestar la erupción, mientras que en el caso segundo se usó solo el arsénico desde el principio hasta el fin.

Respecto á la acción del arsénico, hay que reconocer que sabemos poco, ó mejor nada, relativo al modo como obra contrarrestando la afección. Decir que estas lesiones son de carácter neuróticas y que el arsénico actúa sobre los nervios porque es beneficioso en la corea y la neuralgia, es sólo resolver la cuestión á medias y no de un modo completo.

Escribiendo sobre esto hace algún tiempo el doctor Hutchinson usa el siguiente leguaje, que compendia brevemente casi todo cuanto hoy sabemos sobre esto: «El arsénico, no sólo contiene simplemente la erupción, sino que remedia las causas constitucionales desconocidas de que este síntoma depende, beneficiando siempre mucho el estado general del enfermo. El arsénico no evita la propensión á los ataques subsiguientes, pero son mucho menos inten-

sos que el primero y tienden, si se les trata con la misma sustancia, á disminuir cada vez más su intensidad».

Una palabra respecto al modo de administrar el arsénico. La preparación usada en todos estos casos fué el arseniato de potasio ó la solución del arseniato de sodio, que son indudablemente las más apropiadas y más comúnmente empleadas. Es conveniente prescribirlas diluídas en una cantidad dada de agua, para que la dosis creciente pueda ser más gradualmente aumentada. Puede darse, pues, cada dos horas en lo menos dos dedos de agua. Suele ser mejor soportado si se da en agua de Vichy, que además está muy bien indicada en estas afecciones vesiculosas. (*New-York Medical Journal*, abril 18 de 1889, pág. 401.)

89.—Examen microscópico del lupus vulgar y su relación con la tuberculosis; tratamiento.

Por H. Gilbert Barling, doctor en Medicina de Birmingham.

[El doctor Barling ha examinado al microscopio preparaciones tomadas de diferentes casos de lupus vulgaris, y ha observado el bacilo tuberculoso en tres de ellos. En un enfermo el lupus iba acompañado de tuberculosis general, y en otros tres de una lesión crónica glandular ú ósea, también probablemente tuberculosa.]

Los que sostienen que el lupus no es una tuberculosis de la piel se apoyan en la diferencia que existe entre él y las úlceras cutáneas tuberculosas, como las que pueden observarse después de la inoculación accidental ó idiopáticamente. Es cierto que el curso del lupus es más lento, tiene más tendencia á cicatrizar, no va comúnmente asociado á otras afecciones tuberculosas y generalmente suelen observarse en él muy pocos bacilos; pero todas estas son diferencias de grado y no de clase, puesto que la histología es casi la misma en ambas afecciones. Observamos parecidas diferencias en el pulmón, entre aquellos casos agudos de tuberculosis miliar en los que todo el organismo es rápidamente infeccionado, produciéndose la muerte en pocas semanas, y otros de tisis crónica con cavidades cicatrizadas en un sitio, activas en otro y en que todo el pulmón está excesivamente fibroso; todos son, sin embargo, ejemplos de tuberculosis pulmonar, pero con marcadas di-

ferencias en la apariencia, número de bacilos existente é historia clínica. En la tuberculosis ósea y glandular la afección varía mucho en agudeza, y consecutivamente en las apariencias que presenta y en el curso que sigue. En la mayoría de casos la afección permanece localizada, pero en otros puede producirse repentinamente la infección general del organismo, como en las caries de los huesos del tarso, etc.

Lo mismo parece que sucede con el lupus, aunque no esté tan generalmente reconocido, en especial porque creo que no se ha prestado la debida atención á este punto. Mis ocho casos tienen un gran interés respecto á esto, y otro muy importante ha sido descrito por el doctor H. Clulton, una muchacha con ulceración tuberculosa del paladar y faringe que se extendió á la cara, donde presentaba el aspecto común del lupus, y que murió de tuberculosis pulmonar ordinaria. El doctor M. E. Besnier, que ha estudiado mucho la cuestión de la asociación del lupus con otras manifestaciones tuberculosas, las ha encontrado coexistiendo ocho veces en 38 casos. Doutrelepont ha publicado también un caso en que después del lupus sobrevino una meningitis tuberculosa. Es, pues, muy probable que el lupus en algunas ocasiones, aunque raras, tenga relación con la tuberculosis general, como causa ó efecto, debiendo tambien sentar que el proceso tuberculoso en la piel es más lento y de menos poder infeccioso. La explicación de esto puede encontrarse en el modo como la piel es infeccionada, en los obstáculos al desarrollo de los bacilos en este tejido y en el poder de resistencia de las personas afectadas. Teniendo en cuenta la gran proporción de personas en quienes el lupus ataca las partes descubiertas, especialmente la cara, es muy probable que la piel sea directamente inoculada con los bacilos y que se verifique ésta á través de la circulación. Las puertas de entrada pueden ser las erosiones cutáneas y las bocas de los folículos pilosos y glándulas sebáceas ó sudoríparas. El que estas aberturas naturales admiten los organismos afectados en la supuración aguda lo prueban muchos hechos clínicos y experimentales; al menos que yo sepa, creo no se ha hecho ningún experimento para infeccionar así con el bacilo tuberculoso, pero sería interesante conocer el resultado de frotar la piel de

un cerdo de Guinea con un cultivo de este parásito. Los dos organismos, el *Staphylococcus pyogenes* y el *Bacillus tuberculosis*, tienen de común que no parecen poseer poder motor, de modo que tanto el uno como el otro necesitan de una fuerza externa para su trasladación.

Esta cuestión de los medios por los que el bacilo tuberculoso tiene acceso en la piel es de gran importancia. Si penetra por los surcos cutáneos creo que sólo unos pocos podían hacerlo juntos, ó quizás uno nada más cada vez. Ahora bien, está ya perfectamente determinado que en animales de igual resistencia los efectos locales y generales de los organismos patogénicos introducidos por inoculación dependen del número que se introduzcan; si son pocos no se desarrollarán, por ser destruídos por la resistencia del tejido celular; si el número es mayor habrá sólo manifestaciones locales de la afección, y por último, si la cantidad ingerida es muy grande, resultarán efectos generales y locales, no habiendo razón para creer que el bacilo tuberculoso difiera de los demás en esto.

La piel no es sitio conveniente para el desarrollo del bacilo tuberculoso, que requiere una temperatura de 37°,02, siendo aquél imposible á 31°. La temperatura más alta no suele observarse en la piel de las partes descubiertas, en donde existe con más frecuencia el lupus, y la más baja suele observarse en el córium. A los pocos bacilos que penetran en la piel, pues, y á lo bajo de la temperatura de la parte atribuyo la cronicidad del lupus, la rareza con que produce la infección general y la escasez de los bacilos. En algunos de mis casos, la mayor cantidad de bacilos y la infección general del organismo probablemente dependían de la disminución en la resistencia del tejido, factor siempre muy importante en el desarrollo de los micro-organismos.

La investigación experimental del lupus confirma plenamente la idea de que en realidad es una tuberculosis cutánea; Koch, Martin, Cornil, Leloir y otros han conseguido producir la tuberculosis inoculando el lupus. Koch usaba cerdos de Guinea y conejos; los primeros fueron infeccionados por inoculación subcutánea, y los últimos á través de la cámara anterior del ojo. También se ha cultivado el bacilo del lupus, no distinguiéndose del obteni-

do de otros productos tuberculosos, y produciendo la afección del mismo modo que éstos cuando se le inoculaba.

Se han hecho objeciones contra esta prueba experimental; por ejemplo, que el lupus ó sus bacilos, cuando se inoculaban en la piel, nunca producían una afección local igual, sino sólo la tuberculosis general. Eve, sin embargo, ha conseguido producir dos veces en conejos una afección muy parecida al lupus, y que cicatrizó sin producir ningún desorden ulterior. Con el mismo tejido luposo pudo producir tuberculosis general en cerdos de Guinea, y una lesión luposa local en conejos, dependiendo la diferencia en los resultados de la distinta susceptibilidad de ambos animales á la tuberculosis, pues el cerdo de Guinea es de los animales conocidos el más susceptible á dicha afección.

El tratamiento no me ocupará mucho tiempo. Aquí, como en otros casos, la «teoría» de la afección ciertamente tiene alguna influencia sobre su tratamiento. Mientras una afección, el cáncer por ejemplo, es simplemente considerada como la expresión local de una diátesis constitucional, el tratamiento que se emplee será local. No olvido los beneficios algunas veces obtenidos con el uso del etilato de sodio, ácido salicílico ó el nitrato de plata sólido; pero también quiero tengáis presente que un número considerable de casos no se han curado con dichas sustancias, ni aun valiéndose de la cucharilla de Volkmann. Todos nosotros hemos tenido casos en los que ha sido necesario, para curar el lupus, repetir varias veces las aplicaciones del cauterio actual, teniendo luego que deplorar la deformidad que ha quedado. En un lupus recurrente, ¿se debe ó no extirpar por completo la piel afectada? Tengo ahora en observación dos casos, en cada uno de los cuales se ha destruído el lupus media docena de veces, habiéndose después cauterizado con el instrumento de Paquelin; en ambos la afección no está del todo curada, y además de la escara producida por la solución de continuidad en la cara hay una gran eversión del párpado inferior. Cuando tenga que tratar casos parecidos de lupus en la nariz ó mejilla, si la destrucción no da resultado la primera vez, extirparé el tejido enfermo y trataré de restaurar la pér-

dida de sustancia por medio de una operación plástica antes de que se cicatrice aquélla, esperando así curar el lupus y evitar la deformidad consecutiva. En cuatro casos de lupus que no afectaban la cara los he extirpado con un borde de piel sana, teniendo cuidado de extirpar, no sólo la verdadera piel, sino prácticamente todo el haz grasiento subcutáneo, y en ningún caso se ha reproducido. (*Practitioner*, junio de 1889, pág. 429.)

90.— Sobre la disidrosis pompholix.

Por el doctor Villerta Bellaserra.

La observación de algunos casos vistos en pocos días, tratándose de una afección poco estudiada y conocida en nuestro país á pesar de presentarse con suma frecuencia, me han decidido á publicar este artículo.

Esta afección ha sido descrita por vez primera por Tilburyfrox y admitida su denominación por Fournier y Besnier, mientras que el cheiro pompholix descrito por Hutchinson ó por Robinsón es una erupción análoga á la disidrosis; pero según sus autores, no tienen relación con las glándulas sudoríparas, consistiendo en desórdenes tróficos. A continuación expondremos más detalladamente este asunto.

La disidrosis es una afección más ó menos inflamatoria, caracterizada por vesículas y ampollas especiales, acompañadas de un estado de excoriación de la piel con maceración y exfoliación del epidermis. No podemos aceptar la opinión de Hebra y de Kaposi, que no ven sino el eczema ó sudaminas vesiculosos y ampollosos en las lecciones descritas por Hutchinson ó por Robinsón.

Esta afección se presenta sobre todo al fin de la primavera ó al principio del verano. Está caracterizada por pequeños levantamientos del epidermis, que se presentan particularmente en la palma de las manos y algunas veces en las plantas de los pies. Estas elevaciones forman relieves redondeados del volumen de una cabeza de alfiler, de una lenteja ó grano de maíz. El epidermis, bastante espeso en la mano, las retiene, aunque la lesión de por sí está tensa y constituye una pared resistente, delgada, brillante y transparente. La pequeña excavación está rellena de un li-

quido relativamente muy abundante, límpido y un poco amarillento, siendo bastante dura y resistente al dedo para que sea difícil reventarla, aunque se emplee una fuerte presión.

Estas pequeñas ampollas, cuando se encuentran aisladas, se presentan bajo el aspecto de gruesas perlas transparentes; mientras que al ser confluentes forman una especie de bolsa de disposiciones irregulares, tomando á veces dimensiones considerables. En el primer caso recuerdan al zona; en el segundo caso vienen á ser penfigoides ó flictenoides. El dolor es poco considerable, y sus colecciones secretorias no tienen tendencia á la inflamación ni á la supuración. Con respecto á las concavidades ó bolsas, si éstas son voluminosas, la tensión es penosa y provoca una notable sensación de calor; pero nunca se presenta la inflamación de las capas epidérmicas profundas, ni como en el eczema jamás hay salida de un líquido coagulable.

Con respecto á la naturaleza de la disidrosis, se ha discutido mucho. Hebra y Kaposi consideran este género de vesículas ó ampollas unas veces como las del eczema, otras como la del sudamina transformado en ampolloso, Fox y Croker consideran el sitio de esta enfermedad en las glándulas sudoríparas, cuyos conductos se dilatan y el líquido se infiltra debajo de la epidermis. Nosotros, frecuentemente, la hemos observado en la planta de los pies y palma de las manos y dedos. Con motivo del espesor de las paredes de la colección líquida, las vesico-ampollas se rompen difícilmente, y no reabsorbiéndose el líquido espontáneamente, da lugar á que dichas paredes se maceren y se desprendan dejando el dermis al descubierto. Pasando á los síntomas subjetivos, picazón ó prúrigo, quemazón, etc., son muy variables; pero cuando el dermis ha sido puesto al descubierto por la caída del epidermis, entonces se presentan verdaderos dolores.

Besnier asimila al disidrosis las ampollitas que frecuentemente se ven sobrevenir en las partes laterales de los dedos en los artríticos. Estas diminutas vesículas están situadas profundamente, aisladas ó aglomeradas y aplastadas; se acompañan de prurito y terminan por reabsorción ó descamación, sobrevienen de un momento á otro y recidivan fácilmente.

El tratamiento consiste en ablandar el epidermis por la acción del vapor y guantes de cautchuc y hacer salir el líquido punzando la vesícula ó ampolla. Asimismo, por medio de la jeringuilla de Pravaz, después de la aspiración ó de la salida del líquido, el epidermis levantado se aplasta, arruga y cae. Este es el momento preciso para tratar y curar esta piel nueva como el eczema agudo, por el agua glicerinada y por los guantes de cautchuc. (*Revista de Ciencias médicas de Barcelona*, 10 agosto de 1889.)

91.—Sobre el uso del ictiol y la resorcina en el tratamiento de las afecciones cutáneas.

Por L. Duncan Bulkley, doctor en Medicina de Nueva York.

Quizás no exista sustancia que más se haya estudiado últimamente que el ictiol y la resorcina. Según el doctor Unna, son agentes reductores que extraen oxígeno de los tejidos y alteran la parte córnea de la piel. No son en modo alguno sustancias indiferentes, sino capaces de hacer más ó menos bien cuando son usadas convenientemente; muchas veces irritan, y según la experiencia tanto mía como de otros, no han respondido á la expectación que produjeron los estudios de Unna sobre ellas.

El ictiol debe siempre usarse debilitado al principio, aumentándose la concentración según el efecto producido; 2 por 100 en agua ó ungüento es bastante para empezar, y rara vez será bien soportado á más del 5 por 100. Una loción al 2 ó 3 por 100 en agua suele indudablemente ejercer un efecto notable sobre las úlceras de la pierna, conservándolas siempre húmedas y cubiertas con una manta de lana para evitar una evaporación demasiado rápida. Es algunas veces conveniente por la noche sustituirla por un ungüento con 2 ó 3 por 100 de ictiol y un poco de óxido de zinc. En ciertos eczemas húmedos dará buen resultado el ligero lavado con una loción débil al 2 por 100 de ictiol, seguido de una loción de zinc y hierro. En algunos casos de eczema, en niños, el efecto producido por el uso continuo del ungüento de zinc conteniendo 1 gramo de ictiol y 75 centigramos á 1 gramo de ácido salicílico es indudablemente notable.

La resorcina, de que tanto se ha hablado, en conexión

con el ictiol, créese produce también casi el mismo efecto, pero su acción es más incierta y su uso más restringido.

Indudablemente es un parasiticida y forma una limpia y agradable aplicación en la línea versicolor usada en solución al 3,5, ó lo más 10 por 100 en agua, con un poco de alcohol y glicerina. Es también útil en la tinea circinata y marginátum, y créese que un ungüento concentrado del 3 al 10 por 100 activa más favorablemente en la tinea sicosis. La resorcina es también recomendable en la pitiriasis capitis, usada en una solución del 3 al 5 por 100 con alcohol y aceite de castor. En el eczema seborreico obra también muy bien al 3 por 100 en ungüento de zinc. En la psoriasis puede usarse mucho más concentrada, al 10 ó 30 por 100 en ungüentos.

La resorcina, indudablemente, parece ejercer mucho efecto sobre las glándulas sebáceas, y es útil en muchas formas de acné. Usada en solución acuosa ó alcohólica de 2 á 5 por 100 detiene la secreción untuosa, tan común en algunos sitios de la cara, y asociada á las lociones que contienen azufre suele ayudar mucho al tratamiento del acné. No debe olvidarse, sin embargo, que la resorcina puede irritar mucho si es usada muy concentrada (3 á 10 por 100 bastan), y también que suele producir una decoloración de la epidermis que suele tardar en desaparecer. (*Journal Amer. Med. Association*, septiembre 7.)

AFECCIONES SIFILITICAS Y VENEREAS

92.—Sobre los efectos y tratamiento de la gonorrea en las mujeres.

Por Charles Cullingworth, ginecólogo del Hospital de Santo Tomás, Londres.

[El siguiente extracto está tomado de una comunicación leída ante la Asociación médica inglesa.]

Es evidente que aunque la gonorrea en las mujeres suele ser considerada en Inglaterra como una afección relativamente poco importante, destruye en realidad su organismo tanto como el veneno sifilítico.

En general, las primeras manifestaciones de la afección pasan desapercibidas, yendo acompañadas de muy poco dolor ó quizás ninguno si no está interesada la uretra, no apreciándose el significado de la evacuación purulenta. Sucede, pues, con frecuencia que no se consulta al médico hasta después de bien desarrollada la afección y cuando ya ha producido graves y á veces inevitables deterioros en órganos importantes. Y aun llamando pronto al médico, rara vez se le da importancia ó se adopta un tratamiento enérgico.

Hoy ya se ha dado la importancia que merece á esta cuestión por escritores conocidos, entre los cuales pueden mencionarse Nœggerath, de Nueva York; Sänger, de Leipzig; Schwarz, de Halle; el difunto Angus Macdonald, de Edimburgo; Lawson Tait, de Birmingham, y el doctor W. F. Sinclair, de Manchéster.

La gonorrea aguda en las mujeres se considera generalmente como una vaginitis aguda, lo cual no está, sin embargo, en concordancia con la experiencia clínica ordinaria, pues es hasta dudoso que exista vaginitis en la mayoría de casos, y si acaso muy ligera y de poca importancia.

La lesión más constantemente presente es inflamación de los conductos de las glándulas vulvo-vaginales y de las partes que circundan sus orificios. En un gran número de casos hay uretritis, con frecuencia rubicundez con hinchazón y ocasionalmente ulceración superficial de los pequeños labios. Pero una lesión más frecuente que cualquiera de las dos últimamente mencionadas es la inflamación de la membrana mucosa cervical, con mayor ó menor irritación catarral de la porción vaginal y evacuación purulenta. Esta tendencia del cuello á infeccionarse es la que produce la gonorrea, de carácter tan grave en las mujeres, porque una vez afectado el cuello, lo que acontece en seguida, la infección fácilmente se propaga ó es llevada al interior del útero, y después á las trompas de Falopio, peritoneo pelviano y ovarios, partes todas donde no llega el tratamiento local.

Y no debe suponerse que sólo las mujeres que llevan una vida airada son víctimas de estas inflamaciones intensas de origen gonorreico. Al contrario, á ellas suele atri-

buirse el desmejoramiento en la salud de jóvenes recién casadas antes sanas. Las observaciones de Nœggerath respecto á la incurabilidad de la gonorrea pecan de exageradas, pero él fué el primero que hizo fijar la atención sobre el hecho de que una gonorrea en el hombre tenida por curada puede recrudecerse con el matrimonio y trasmitirse el germen á la esposa.

Un resultado muy común de la salpingitis gonorreica es la obstrucción por inflamación adhesiva de la extremidad franjeada de la trompa de Falopio. Cuando ambas trompas están así cerradas, lo que suele suceder con frecuencia, es evidente que debe haber esterilidad, y he aquí una de las razones que explican el por qué las prostitutas suelen ser tan estériles. Pero esta obstrucción de la extremidad libre no es el único ó el peor efecto de la infección gonorreica sobre la trompa de Falopio, sino que toda la membrana mucosa que la tapiza se inflama y engruesa, segregándose pus que puede enquistarse, dando lugar á graves desórdenes y peligros. También la salpingitis gonorreica puede ir seguida de ulceración destructiva.

La peritonitis provocada por la infección gonorreica no suele ser muy aguda ó ir acompañada de síntomas graves. Al principio está limitada á las partes contiguas de la extremidad libre de la trompa afecta, que se engruesan, produciéndose adherencias y supuración del contenido pelviano, especialmente de la trompa, ovario y ligamento ancho.

Las funciones de estas partes se alteran profundamente, pudiendo hasta producirse sobre el lado afecto una masa irregular y mal definida que puede apreciarse perfectamente por el examen bimanual. La movilidad del útero es también impar.

He examinado cuidadosamente las notas de todos los casos de inflamación pelviana admitidos en la Enfermería Adelaida durante los nueve meses que estuvo á mi cargo, y he observado que en casi la mitad de ellos había antecedentes más ó menos claros de origen gonorreico, lo cual es una proporción algo exagerada. Es indudable que la septicemia consecutiva al parto ó al aborto ocupa el primer lugar entre las causas de la inflamación pélvica, y el segundo, según mi opinión, el veneno gonorreico. Estas dos fuentes de infección son, pues, origen de la mayoría

de los casos, siendo la minoría debida al frío, tubérculo, hemorragia interna, etc.

No he dicho nada acerca de la bacteriología de la gonorrea, y no quiere esto decir que desprecie la importancia del descubrimiento de Neisser del gonococcus (descubrimiento que creo tiene importancia respecto al tratamiento), sino que no quiero apartarme del título de esta tesis, evitando toda discusión que no tenga un fin práctico y útil.

Es, sin embargo, indudable que, creyendo en la importancia de un tratamiento enérgico en todo caso de gonorrea aguda de la mujer, debo decir sobre qué bases debe fundarse aquél. Teniendo, como no puedo por menos, como indisputable el origen bacteriológico de la gonorrea, naturalmente debo recurrir á remedios que tengan el poder de destruir los microorganismos patogénicos. El antiguo sistema de inyectar en la vagina de la enferma lociones de plomo, bórax ó zinc es ó debe estar ya en desuso. El tratamiento local debe llevarse á cabo por el mismo médico, para lo cual se coloca á la enferma delante de una ventana en posición dorsal, con las rodillas dobladas y separadas de modo que se descubra bien la vulva, y el pus que haya es limpiado con bolas de algodón que se queman en seguida. Si hay alguna erosión en los pequeños labios, se toca con hilas empapadas en ácido fénico concentrado, así como también la membrana mucosa que rodea los orificios de los conductos glandulares vulvo-vaginales, después de limpiar y quitar todo el pus que exista en ellas. La uretra es después sistemáticamente comprimida desde el cuello de la vejiga al meato externo, introduciendo un dedo en la vagina, y si sale una gota de pus es que está interesada. El método que adopto bajo estas circunstancias es envolver una sonda uterina de Playfair en una ligera manta de algodón en rama y después de empapada bien en acido carbólico concentrado y escurrir lo que sobre, la paso por la uretra. También doy copaiba por la boca, con buen resultado.

Respecto al cuello, mi tratamiento consiste, después de limpiar bien el pus que haya en el conducto y erosiones que existan, en aplicar sobre éstas una bola de hilas empapadas en ácido carbólico concentrado, por medio de

una sonda de Playfair, en el interior del cuello. Si hay razón para creer que la infección se ha propagado al interior del útero, debe pasarse la sonda bien adentro, de modo que la aplicación se ponga en contacto con toda la membrana mucosa, tanto del cuello como del cuerpo uterino. Sólo queda ahora la vagina, cuya superficie es demasiado grande y sensible para que se pueda aplicar el ácido carbólico concentrado. Adopto, pues, el plan sugerido por Schwary, de cubrir, valiéndose de un espéculum, toda la superficie vaginal con grandes pedazos de algodón saturado de una solución de sublimado corrosivo (1 por 1.000).

Estas manipulaciones no son muy molestas, y teóricamente no debe haber necesidad de repetirlas, por más que en la práctica sí la haya á menudo. Por supuesto, sólo menciono aquí el método de tratamiento que he creído conveniente adoptar en mi corta práctica. Cuando la infección se ha propagado á las trompas, peritoneo y ovarios, sólo podemos combatir sus resultados. (*British Med. Journal*, julio 2, pág. 122.)

93.—Sobre la blenorragia crónica y su tratamiento.

Por el profesor Castell.

Entre los enfermos afectos de blenorragia crónica unos se quejan de las molestias de la gota militar, de los deseos frecuentes de orinar que produce en ellos la cistitis del cuello; algunos padecen particularmente á consecuencia de existir en sus orinas esos tapones y filamentos mucosos que acompañan á la inflamación crónica de la uretra; otros, por fin, se muestran preocupados por esas pérdidas, que se asemejan más ó menos á las seminales, y que se producen, bien espontáneamente, bien con ocasión de la defecación ó de la salida de la orina.

En cada uno de estos enfermos es absolutamente preciso comprobar si se trata de una uretritis crónica, la fecha de la enfermedad y asegurarse de que la serie de los accidentes comenzó por una blenorragia aguda; precisar, por último, el tamaño y caracteres objetivos de la gota, la frecuencia de los deseos de orinar y las circunstancias ó influencias bajo las cuales puede la enfermedad adquirir transitoriamente los caracteres de agudeza. De-

bería también determinarse lo más exactamente posible el punto de la inflamación. Para llegar á este último resultado deberá el médico examinar metódicamente el conducto, y para esto nada mejor que el método del doctor Guyón, cuyos detalles son:

Se introduce en el conducto un explorador de bola de volumen mediano (números 15 ó 16), se le lleva hasta en medio de la porción esponjosa; luego se le introduce hasta el meato, siguiendo la pared inferior ó la superior. De esta exploración de las partes anteriores de la uretra, el instrumento no conduce por lo general secreción alguna; las lesiones en la blenorragia ocupan de ordinario las partes profundas y posteriores del conducto. Introduciendo luego otro instrumento se le impulsa hasta el fondo de saco del bulbo, deteniéndose en el momento en que el explorador tropieza con el esfínter uretral; generalmente entonces vuelve la bola cubierta de pus, por ser éste el punto donde reside de ordinario la inflamación.

Repítese esta maniobra dos ó tres veces, cuidando de volver y revolver cada vez la bolita en el fondo de saco vulvar, á fin de impregnarla bien en el moco-pus acumulado en esta cavidad. Cuando por este medio se ha limpiado la uretra anterior de toda secreción morbosa, se hace penetrar la bola exploradora en la uretra posterior, forzando el esfínter membranoso; si la sonda vuelve sin secreciones patológicas, ó si éstas no salen más que en el momento que sigue á la exploración, es porque la uretra posterior está indemne.

Es preciso tener gran cuidado en el cateterismo de la uretra para notar si no existe en algún punto del conducto cierto grado de estrechez ó una sensibilidad exagerada, porque ésta nos ayuda á precisar el punto de la inflamación que la determina.

Mr. Aubert no cree perfecto el procedimiento de Guyón; en él la limpieza de la uretra anterior se hace difícilmente por completo, y por esta limpieza incompleta podría llevarse á la uretra posterior una pequeña cantidad de pus capaz de provocar una nueva inflamación; podríase también, al sacar la sonda, traer de paso pus olvidado en la uretra anterior y creer en una uretritis anterior que no existiera.

Cree, pues, este profesor que antes de hacer el examen del conducto posterior debe lavarse completamente el anterior, introduciendo un tubo de cautchuc del número 10 de Charriere é inyectando un líquido antiséptico hasta que salga absolutamente puro sin arrastrar ninguna secreción uretral. A veces se necesita para esto inyectar 500, 600 y hasta 700 gramos de líquido. Sólo cuando la parte anterior se ha lavado minuciosamente es cuando debe explorarse la anterior.

El doctor Eraud piensa que con el procedimiento de Guyón es fácil de tomar por pus la grasa de que se ha untado la sonda y que vuelve emulsionada en la extremidad de ésta.

La manera de proceder de Aubert es quizás más rigurosamente científica, pero la de Guyón es más práctica, y el doctor Castell la encuentra lo bastante exacta para la generalidad de los casos. Bueno es, sin embargo, saber los inconvenientes que se le han opuesto y sus pequeñas imperfecciones; se llegará así fácilmente á evitar los peligros y errores de la interpretación.

Después de analizar el pus sacado y de establecer por el cateterismo el sitio de la inflamación, habrá que buscar el estado de integridad ó de enfermedad de la próstata, así como de los órganos genitales. Sólo de este modo puede el médico plantear un tratamiento racional del padecimiento; se tratará de obtener un cambio de costumbres si en las del enfermo parece haber algo de malas condiciones higiénicas.

Dicho esto, entremos en algunos detalles acerca de la terapéutica propiamente dicha.

El tratamiento balsámico, tan útil en la blenorragia aguda, no lo es sino ligera y dudosamente en la blenorrea. En la blenorragia aguda, empleando los medicamentos á altas dosis, tendrán mejores probabilidades para obtener éxito. En la blenorragia crónica será, por el contrario, preferible el emplear los bálsámicos á dosis poco elevadas, prolongando durante mucho tiempo su administración. De este modo verá el médico á veces á la larga cómo ejerce la medicación sobre la enfermedad una influencia progresivamente favorable; por lo general, en los blenorrágicos antiguos en vano se sustituyen y suceden la copaiba

cubeba, el sándalo, la brea y la trementina; la medicación interna logra disminuir la secreción purulenta si los accesos no despiertan su agudeza. El verdadero tratamiento de la blenorragia crónica es el tratamiento local.

Las condiciones de intervención médica son diferentes de las de la blenorragia aguda; en esta última se combaten de ordinario inflamaciones extensas y superficiales; en la crónica, en la blenorrea, por el contrario, se trata de lesiones localizadas, sí, pero profundas. Así, los procedimientos más ventajosos serán los que permitan llevar localmente los medicamentos más activos, localizar nuestra intervención haciéndola muy enérgica.

Merecen mencionarse el porta-cáusticos de Lallemand, el ingenioso endoscopio de Desormeaux, las bujías y las pulverizaciones medicamentosas, procedimientos de utilidad indiscutible, pero no preferibles á los métodos más corrientes: á los lavados, á las inyecciones y á las instilaciones.

Las inyecciones son mucho más eficaces contra las blenorragias agudas ó subagudas que contra las crónicas, cuyas lesiones tienden á ganar en profundidad. Los lavados tienen las mismas indicaciones que las inyecciones, de las que tan sólo son una variante. Sin embargo, son más útiles y puede con ellos alcanzarse mejor el resultado apetecido; por desgracia, son de manejo más delicado y menos cómodo.

Las disoluciones empleadas en la blenorragia aguda, como en la crónica, son siempre relativamente poco concentradas; las llamadas de Ricord, las de los tres sulfatos, son las más usuales. En cuanto á las inyecciones antisépticas, eficaces en la blenorragia subaguda, me parecen de un valor muy discutible en las verdaderamente crónicas.

En estas últimas las instilaciones tienen verdaderas ventajas sobre las inyecciones, cualquiera que sea el sitio de la enfermedad, porque obran directa y exclusivamente sobre el punto del conducto en que se quiere obrar y permiten medir la cantidad de líquido llevado á la uretra. Las disoluciones de nitrato de plata, en particular, producen ampliamente el grado de cauterización necesario para modificar las inflamaciones crónicas de la uretra. Las disoluciones al quinto son las que parecen llenar las condiciones

requeridas. La pequeña exacerbación que las sigue pasa pronto, para dar lugar á un alivio más ó menos notable del padecimiento. Estas instilaciones deben hacerse cada cuatro ó cinco días, á veces más de tarde en tarde, sobre todo en las uretras irritables.

Las instilaciones preferibles en la uretritis anterior son las únicas aplicables en la posterior.

Por los redactores del *Siglo Médico* se propusieron hace años las inyecciones perserverantes con el sulfato de quinina al 1 por 10 de alcohol y 100 de agua, y desde entonces aseguran haber curado con ellas centenares de blenorragias agudas y crónicas (*). *(Gazette des Hôpitaux de Paris. Siglo Médico,* 21 junio de 1889.)

94.—Sobre las ventajas é inconvenientes del ioduro de potasio bajo el punto de vista de su empleo en las sífilis.

Por el doctor Fournier.

El ioduro de potasio, estudiado por Vallace en 1836 y aplicado por Ricord al tratamiento de los accidentes terciarios de la sífilis es, según el autor, un medicamento maravilloso que obra muy pronto porque se reabsorbe muy rápidamente. La experiencia ha probado, que ingerido en el estómago, aparece en las orinas al cabo de catorce ó quince minutos. Si se deposita en la lengua, se descubre su presencia en la orina á los catorce minutos y medio. Introducido en el tejido celular subcutáneo, aparece á los veinte minutos. Se esparce muy pronto por todos los líquidos de la economía. De la leche de la nodriza, que absorbe, el ioduro de potasio pasa á las orinas de la criatura.

Su acción terapéutica sobre los accidentes terciarios de la sífilis es verdaderamente curativa y se verifica de un modo sumamente rápido. Las ulceraciones, exostosis y gomas desaparecen rápidamente bajo su influencia. Igualmente deja sentir su acción sobre la sífilis del cerebro hasta en un período muy avanzado. Independientemente de

(*) En las blenorragias agudas y crónicas hemos obtenido excelentes resultados y multitud de curaciones con las inyecciones uretrales de limpieza hechas con agua hervida, repetidas hasta salir limpio el líquido, y seguidas de otras de una solución acuosa del licor de Van Swieten al 5 por 100 ó de tanino en glicerina pura al 3 por 100 en los casos rebeldes.—G. R.

su acción curativa, es también un tónico y excita el apetito. Pero á pesar de todo, este medicamento maravilloso tiene algunos inconvenientes:

1.° Los más comunes, es decir, los que acompañan casi siempre á la ingestión del ioduro de potasio, son tres: primero, el gusto metálico y salado excesivamente desagradable; segundo, el coriza más ó menos intenso que produce, y tercero, la producción del acné, que aparece y desaparece alternativamente, afectando de preferencia la cara.

2.° Entre otros accidentes más graves, pero también más raros, se colocan el coriza, con tan abundante secreción que obliga á suprimir el ioduro; el acné, que puede ser tan confluente que toda la cara violácea se torna apezonada.

Pero el accidente más grave es la intoxicación por el ioduro de potasio, lo que se llama grippe iódica. Esta intoxicación se caracteriza por una serie de fenómenos generales intensos: cara roja, coriza, dolor de garganta, voz ronca, disnea, fiebre, etc. El enfermo está postrado y á veces muy agitado.

Todos estos accidentes ocurren rápidamente á las pocas horas de tomar el medicamento; se presentan rápidamente, pero desaparecen también con gran rapidez al cabo de dos ó tres días. Su diagnóstico es fácil para el médico que visita al enfermo, no siéndolo tanto para el médico llamado súbitamente y que ignora que el enfermo toma el ioduro potásico, y puede confundir estos accidentes con los de otra enfermedad aguda: sarampión, erisipela, etc.

El ioduro de potasio puede originar también cefalalgias, odontalgias, ptialismo y conjuntivitis.

3.° Por último, ocasiona, aunque muy excepcionalmente, accidentes de diferente naturaleza. Puede sobrevenir diarrea, epistaxis, uretritis, vértigos, irregularidad en los movimientos, y más particularmente en la marcha. Las erupciones pueden tomar un carácter particular. Puede presentarse el pénfigo iódico, el forúnculo, el ántrax, el ectima iódico, etc.

Pero el accidente más grave, y que afortunadamente se presenta rara vez, es el edema pulmonar, y sobre todo el edema faríngeo, que sobreviene de un modo tan intenso que en algún caso ha habido que recurrir á la traqueotomía. El

doctor Fournier cita dos casos en los cuales sobrevino la muerte con tal rapidez que no hubo tiempo para practicar la traqueotomía.

¿Cómo explicar estos accidentes? ¿Deberá acusarse á la impureza del producto? ¿Se atribuirán á un estado morboso? ¿Eran demasiado grandes las dosis? No pueden invocarse estas causas, porque las dosis eran pequeñas. El señor Mackenzie refiere el caso de un niño de cinco años que murió después de la absorción de 13 centigramos de ioduro de potasio.

No pueden atribuirse estos accidentes más que á una predisposición individual, pues que en un mismo individuo las manifestaciones de la intoxicación iódica atacan siempre la misma parte del cuerpo, siendo en él siempre iguales los accidentes (*). (De una lección extractada por el *Siglo Médico*, 14 abril de 1889.)

95.—Sobre los antisépticos locales propios para el tratamiento de la sífilis.

Por el doctor Hallopeau.

Aunque el agente infeccioso de la sífilis no sea todavía conocido, á pesar del descubrimiento de Lustgarten, no puede ser asunto de duda su naturaleza micróbica, y es cuestión á la orden del día el estudio de los medios propios para combatirla.

Por fortuna rara en la terapéutica de las enfermedades específicas generalizadas, poseemos dos medicamentos capaces de obrar poderosamente sobre este contagio: tenemos el mercurio y el iodo; ya no se discute su eficacia, pero se dista mucho de estar acordes acerca de su modo de empleo.

Constantemente y con justa razón se les hace absorber á los enfermos, bien por las vías digestivas, bien por la piel, ó bien más raramente por las vías respiratorias, y obran penetrando con la corriente nutritiva en las partes enfermas. Tratamiento general empleado por los médicos que, como Bazin, consideraban la sífilis como una enfer-

(*) ¿Se habrá tenido suficientemente en cuenta la acción tóxica de la base, esto es, del potasio, en los accidentes más ó menos graves determinados por el ioduro de potasio?—G. R.

medad general no virulenta, por más que creyeran se debía obrar localmente contra las sifílides, pero con medios que no eran ni los mercuriales ni los compuestos iodados.

Pero considerada después la sífilis de otra manera distinta, entró el tratamiento local mercurial y iodado en la práctica corriente, aconsejado por el ilustre Ricord, Julien Kaposi, Diday, Fournier, Schwrimner, etc., etc.

Sin embargo, este tratamiento local no se ha generalizado, á nuestro parecer, en la terapéutica de una manera suficiente, pues muchos prácticos todavía emplean localmente agentes indiferentes no específicos. Nos proponemos, pues, estableeer que este tratamiento debe ser empleado sistemáticamente contra todas las manifestaciones accesibles de la sífilis é indicar cuáles son los diferentes medios de aplicación.

Cada una de las manifestaciones locales de la sífilis debe considerarse como un foco de pululación del virus, como una fuente de infección, hecho evidentísimo respecto á las sífilis circinadas ó en corimbos, que se ven empezar por una pápula ó un tubérculo inicial; al rededor de esta lesión primitiva aparecen, después de un tiempo variable, papulitas que á su vez pueden ser un nuevo centro y rodearse de otros elementos jóvenes, viéndoselas en ocasiones propagarse de trecho en trecho durante meses y hasta años, siendo cosa probada que el tratamiento local ayuda en estos casos poderosamente al tratamiento general, debiendo por lo tanto emplearse.

No vamos á enumerar las afecciones sifilíticas que resisten largo tiempo al tratamiento general y son rápidamente modificadas por el local de los mercuriales. Como las placas mucosas anales y bucales, las sifílides palmarias y las sifílides serpiginosas, deseamos únicamente hacer ver que dicho tratamiento es igualmente útil en otras manifestaciones de la enfermedad. El mercurio se ha empleado de esta manera bajo las formas más variables, no habiendo, por decirlo así, preparación mercurial que no haya sido aconsejada; indicaremos las más importantes.

Si se quiere ejercer una acción enérgica y profunda, es necesario recurrir á los cáusticos, siendo los más usados el nitrato ácido de mercurio y el sublimado en polvo.

De todos es sabido que el nitrato ácido de mercurio es

un medio realmente heroico contra las sifílides de las mucosas; vegetaciones específicas rebeldes durante varios meses á la acción del tratamiento general, desaparecen con una ó dos cauterizaciones de esta sal; lo mismo sucede con las placas y ulceraciones linguales. No se le emplea con más frecuencia por temor al dolor que su aplicación provoca, dolor tolerable cuando se obra sobre una mucosa cuidando de limitar su acción cáustica; el empleo de la cocaína permite, por lo demás, hacerle completamente nulo ó insignificante; se debe, pues, renunciar á las cauterizaciones de eficacia media en las sifílides mucosas con el nitrato de plata y reemplazarlas regularmente con las cauterizaciones con el nitrato ácido de mercurio.

El sublimado en polvo ejerce una acción cáustica que debe vigilarse muy de cerca por la dermitis que puede provocar en la periferia, por cuya razón es necesario limitarla exactamente á la parte sobre que se desee obrar. Se le puede emplear como medio abortivo en el chancro, cuando es muy reciente y todavía no existan adenopatías que indiquen la generalización de la enfermedad. Las tentativas en este sentido han sido hasta ahora infructuosas y deben renovarse, pudiéndose, no obstante, esperar que, penetrando el medicamento por absorción en los linfáticos de la parte enferma, vaya á obrar á distancia sobre los elementos contagiosos si se hubieran introducido. No pudiendo la cocaína atenuar suficientemente el dolor producido por las cauterizaciones con el sublimado en polvo casi puro, ó con el nitrato ácido en los casos graves de sifílides úlcero-crustaceas, según recomiendan Barthedemy y Balzer, preferimos modificar la superficie ulcerada, bien con el iodoformo, bien con una solución diluída de sublimado.

Las aplicaciones permanentes de sublimado en solución del 1 por 500 al 1 por 20.000 nos prestan diariamente excelentes servicios, empleándolas preferentemente del 1 por 3.000 al 1 por 5.000, según la sensibilidad del sujeto y su modo de reacción; las partes enfermas son cubiertas de huata, hilas ó compresas impregnadas en esta solución, y después con tafetán engomado, resultando una especie de baño local permanente, que es un modificador de gran utilidad; puede aplicarse en todas las ulceraciones

sifilíticas, no es doloroso, es de uso fácil y constituye uno de los medios más seguros de aliviar rápidamente el estado de las partes y transformar la ulceración específica en una herida simple. Estas mismas soluciones sirven contra las manifestaciones bucales de la enfermedad.

Los baños de sublimado representan esta medicación extendida á toda la superficie del cuerpo, empleándolos hace años en el tratamiento de las roséolas y sifílides papulosas generalizadas, como Kobner y Julien, lográndose su rápida desaparición y contribuyendo á extinguir estos numerosos focos de infección. En las sifílides localizadas convienen, por el contrario, las pomadas mercuriales. Si no hay ulceración, se las puede emplear en fricciones, siendo el ungüento napolitano la preparación preferible; también hemos empleado con ventaja en estos casos los emplastos de Unna, así como el colodion bi-iodurado al céntimo, cuyas aplicaciones, si se renuevan solamente cada cinco ó seis días, evitan la producción de la dermitis, sin dejar de obrar eficazmente sobre el mal.

Las pomadas más empleadas son las de calomelanos, sublimado y turbit, siendo preferible estén poco concentradas para evitar la dermitis; por más que se haya observado á veces la rápida desaparición de los accidentes á consecuencia de los ataques flegmásicos provocados por las pomadas, á causa de que al irritar la piel penetró el medicamento en ella y ejerció su acción antiséptica.

Los emplastos equivalentes de Unna pueden reemplazar ventajosamente estas pomadas. Si existe ulceración, hay que renunciar á las preparaciones activas para evitar el dolor y la reacción inflamatoria, así como el ungüento napolitano por enranciarse su grasa, y en este caso se recurrirá á las compresas empapadas en la solución de sublimado.

Por consejo del doctor Chaves hemos empleado con excelente resultado la pomada de salicilato de mercurio al 1 por 20. En los mismos casos nos han prestado muy buenos servicios las aplicaciones de los emplastos de Vigo, el rojo de Vidal, los de bicloruro ó los de biioduro, según la fórmula de Unna.

Mencionaremos, por último, el aceite gris como medio capaz de obrar rápida y enérgicamente sobre una mani-

festación localizada, empleado en inyecciones subcutáneas. Su dosis ha de ser mínima, en atención á los peligros á que puede dar lugar. En las sifílides de las vías respiratorias, inaccesibles á las aplicaciones directas, se pueden emplear, á ejemplo de Diday, las inhalaciones de los vapores obtenidos, dejando caer un poco de cinabrio sobre una badila enrojecida. Estas fumigaciones son empleadas, al mismo tiempo que los baños de sublimado en el tratamiento de las sifílides generalizadas.

Además de estas preparaciones mercuriales, convienen en el tratamiento local de las sifílides aquellas cuyo principio activo es el iodo, aplicables sobre todo en las formas ulcerosas.

Es preferible en este caso el iodoformo, que además de su eficacia tiene la ventaja de no ser doloroso ni producir reacción local. En varias ocasiones hemos podido comprobar que la acción local del iodoformo en las ulceraciones era por lo menos igual á la del mercurio. Siendo además antiséptico el iodoformo, puede prestar grandes servicios en el tratamiento de las sifílides fétidas, que se desarrollan en la vulva, en el ano y en las extremidades, como tenemos ejemplo de ello; no dudando esté llamado á desempeñar este compuesto iódico un gran papel en la terapéutica local de las sifílides ulcerosas, que tan útil es en el tratamiento del chancro indurado como en el del blando, y que contraindicado únicamente en los casos en los que la extensión de las superficies ulceradas haga temer la reabsorción del medicamento y la aparición de fenómenos tóxicos, puede emplearse en polvo, en pomada, incorporado á la vaselina, en solución, en el éter y en forma de gasa ó de emplasto de Unna.

Como se ve, los agentes aplicables al tratamiento local de las sifílides son numerosos y variados; deben emplearse sistemáticamente en todos los casos, y al resumir las conclusiones de este trabajo nada mejor que decir con Diday: El tratamiento local de la sífilis es siempre útil, á menudo necesario y en ocasiones indispensable. (*Nouveaux Remèdes*, 24 agosto de 1889.)

96.—Sobre las inyecciones de cinabrio en el tratamiento de la sífilis.

Por el doctor Soukhoff.

El autor ensayó esta preparación, no solamente con el objeto de evitar el dolor y la formación de nódulos en el sitio de la inyección, sino también porque el examen de la temperatura le ha demostrado que esta última se eleva durante el período doloroso desde el momento en que se emplea una solución un poco concentrada de sublimado ó cualquiera otra preparación mercurial. El cinabrio ó sulfuro rojo de mercurio contiene en peso 25,29 de mercurio metálico y 4,29 de azufre. Esta combinación es muy estable y no se oxida al aire, ni se disuelve más que en el agua regia á la ebullición, eliminándose el azufre. El cinabrio artificial empleado por el autor se presenta bajo el aspecto de un polvo fino rojo claro. Se le inyecta en suspensión en el aceite de almendras dulces:

Cinabrio.	3,75 gramos.
Aceite de almendras dulces.	30,00 —

Cada jeringa contiene cerca de 0gr,45 de cinabrio, ó 0gr,40 de mercurio; de suerte que la inyección de cinabrio equivale poco más ó menos á la inyección de mercurio metálico.

Las inyecciones se hicieron en el espesor de los músculos glúteos. El autor empieza por una inyección repetida cada semana; después llega hasta dos inyecciones (una en cada nalga), cada siete ó diez días. La eliminación del mercurio por la orina no empieza hasta tres días después de la inyección, aumenta muy lentamente, y después de haber llegado á su máximum, se mantiene en él bastante tiempo, disminuyendo de una manera progresiva. Ha ocurrido, pues, poderse hacer constar la presencia del mercurio en las orinas hasta tres ó cuatro meses después de la inyección. Es probable que la absorción del mercurio se verifique también muy lentamente, lo que asemeja todavía más la acción del cinabrio sobre el organismo á la que ejerce sobre él el mercurio en fricciones; el organismo se encuentra durante largo tiempo bajo la influencia del organismo. La desaparición de las sifílides es menos rápida que des-

pués del empleo de las preparaciones solubles de mercurio.

Soukhoff ha hecho en total 800 inyecciones. No ha observado abscesos; un solo caso de estomatitis en 49 enfermos (marinero joven que recibió 5 inyecciones, desarrollándose una estomatitis intensa semana y media después de su salida del hospital). Entre estos enfermos, había 22 que no habían tomado antes el mercurio; cada un orecibió, como término medio, 7 inyecciones y media (máximum, 10; mínimum, 4). Permanecieron en el hospital mes y medio como término medio (máximum, dos meses y veintiséis días; minimum, doce días); 6 enfermos tuvieron recaídas. Es completamente imposible encontrar relación alguna entre el número de inyecciones y la existencia ó la no aparición de recaídas. En la mayoría de los casos los síntomas observados fueron placas mucosas bucales y nasales. Otros 22 enfermos que ya habían sido tratados por el mercurio recibieron, como término medio, cada uno 4 inyecciones y media (máximum, 10; mínimum, 2). La duración del tratamiento fué de veinticinco días por término medio (máximum, cuarenta días; mínimum, doce). Hubo recaída en 6 casos. Por último, 5 enfermos fueron tratados por el cinabrio en el período gomoso (1 por el cinabrio solo, los otros tomaban también el ioduro de potasio). El mínimum de inyecciones en estos casos fué 4; el máximum, 10. En 2 casos de sífilis maligna rebeldes á este tratamiento se recurrió á las inyecciones de sublimado, que dieron lugar á la desaparición de todos los fenómenos específicos.

Fundándose en estos hechos, llega el autor á las conclusiones siguientes:

1.ª Las inyecciones de cinabrio son indoloras, no van seguidas de abscesos, no elevan la temperatura y no obran tampoco sobre el estado general; por estas razones son preferibles en la práctica ambulatoria.

2.ª Pueden emplearse en todos los casos de sífilis de intensidad media, y sobre todo en las recaídas.

3.ª Pero en los casos de sífilis grave las inyecciones de cinabrio, poco activas, deben ser reemplazadas por otras preparaciones más enérgicas, sobre todo por el sublimado. (*Wartch*, 1889, núm. 13. *Nouveaux Remèdes*, 8 de junio de 1889.)

97.—Sobre una nueva sal antisifilítica.

Por el profesor Stoukovenkoff.

El benzoato de mercurio oxidado (hydrargyrum benzóicum oxydátum) ha sido preparado por Brandt, farmacéutico de Kieff. Responde á la fórmula de $(C^7H^5O^2)$ HgM^2O y contiene por lo tanto 43 por 100 de mercurio puro. Se presenta bajo la forma de cristales blancos, sin sabor ni olor, de una reacción ácida. Poco soluble en el agua fría y en el eter, fácilmente soluble en el agua caliente y en el alcohol. Muy soluble igualmente en una solución débil de cloruro de sodio (por ocho partes de la nueva sal, dos partes de cloruro de sodio). El autor ha experimentado esta sal en 300 enfermos sifilíticos y blenorrágicos.

A los sifilíticos se les inyectaba todos los días una jeringa de Lewin en la región glútea de una solución de 24 gramos (4 granos) de esta sal, 6 centigramos de cloruro de sodio y 30 gramos. Estas inyecciones no produjeron nunca ni induración ni dolor: únicamente experimentaban los enfermos un escozor más ó menos fuerte en el sitio de la picadura. Pero este último inconveniente desaparecía si se cuidaba de añadir á la solución 12 gramos de clorhidrato de cocaína. Después de una sola picadura aparecía el mercurio en las orinas. Bajo la influencia de este tratamiento, desaparecían pronto las manifestaciones sifilíticas; la roséola, á las tres ó diez picaduras; las erupciones papulosas se atrofiaban á las tres ó cinco picaduras, y desaparecían de la sexta á la décimaquinta picadura; las periostitis y las úlceras gomosas se reabsorbían y curaban de las doce á las veinticuatro picaduras. Las estomatitis fueron raras y poco graves. Respecto á las recaídas de las manifestaciones sifilíticas, el autor no puede deducir nada por ahora, puesto que sólo hace seis meses que se sirve de esta sal. También la ha empleado bajo la forma insoluble, suspendida en el aceite de vaselina en la proporción de 10 por 100. Se inyectaban dos veces por semana en las regiones glúteas 4 gramos de esta sal. El mercurio aparecía más lentamente que después de la inyección de la sal soluble, pero con más rapidez que si se inyectaran calomelanos ú óxido amarillo de mercurio. Este modo de administración no produjo ni

induración ni abscesos, sino únicamente en todos los casos una sensación de escozor en el sitio de la picadura. Los resultados fueron en este caso igualmente satisfactorios.

Los enfermos tomaron la sal bajo la forma de píldoras de 12 miligramos á 4 centigramos al día, ó de 6 á 12 miligramos hasta 2 centigramos de una vez. Por la vía estomacal, esta sal se reabsorbía lentamente y los efectos terapéuticos eran débiles. Bajo la influencia de esta sal, empleada en polvo exteriormente, los chancros blandos se limpiaban lentamente y perdían su carácter específico al cabo de uno ó dos días. Pero esta aplicación era muy dolorosa. Por esta razón, en vez del polvo empleó el autor una solución de 20 centigramos de la sal en 30 gramos de agua, que era muy eficaz y no producía dolor.

En los casos de uretritis blenorrágica, el autor se servía de una solución de 5 á 10 centigramos de esta sal por 510 gramos de agua para inyectar tres veces al día. Para lavar la vejiga, 5 centigramos por 500 gramos de agua. Los resultados obtenidos fueron excelentes. (*Bull. général de Thérapeutique, etc.*, 15 junio de 1889.)

98.—De la cromocitrometría aplicada á la indicación y á la tolerancia del tratamiento mercurial y de todas las sustancias alterantes.

Por el doctor Semmola, de Nápoles.

Una de las dificultades que con frecuencia se encuentran en la práctica para el tratamiento de la sífilis es la de no poder determinar la época precisa en que se debe cesar en el tratamiento mercurial, sin contar con que existen á ménudo casos clínicos en los que se presentan graves dudas acerca de la indicación de este tratamiento. En estos casos, es cierto, se pone en práctica un tratamiento de ensayo, pero es muy difícil poder hacerse cargo de la indicación cuando no existe algún síntoma característico. Y cuando estos accidentes existen, su desaparición no basta para declarar que el enfermo se encuentra verdaderamente curado, de suerte que puede ocurrir y ocurre que se suspende el tratamiento ó demasiado pronto ó demasiado tarde. De aquí resulta que el enfermo ve reaparecer bien pronto los accidentes, ó bien que, encontrándose curado de su sífilis,

sufra las consecuencias de una acción mercurial exagerada, cuyos efectos son de temer y de los cuales es muy difícil apercibirse pronto.

Todos estos casos se pueden calcular por el examen comparado hemoscópico y hemométrico antes del principio del tratamiento mercurial y durante su empleo.

El número de los glóbulos rojos ó la proporción de hemoglobina se encuentra en relación constante con la acción biológica del mercurio, según obre éste para combatir la sífilis ó bien actúe sobre su organismo no sifilítico. De manera que antes del principio de un tratamiento mercurial creo indispensable hacer el examen cromocitométrico y repetirle cada tres ó cuatro días lo menos después de que hayan desaparecido los accidentes sifilíticos. Permaneciendo las mismas las condiciones higiénicas de los enfermos, pueden ocurrir dos cosas: ó la proporción de la hemoglobina aumenta ó bien disminuye. En el primer caso persiste todavía la indicación del tratamiento mercurial; en el último caso, por el contrario, el mercurio obra como tóxico, y es necesario suspenderle inmediatamente, ya se trate de un enfermo curado ó de uno al que se practique un tratamiento de ensayo. Esta medida de la indicación y de la tolerancia del tratamiento mercurial puede aplicarse también en todos los casos de vicios constitucionales en los que á veces se ensaye el tratamiento mercurial sin la base de la especificidad; porque en todos estos casos es preciso temer siempre que el mercurio manifieste su acción deglobulizante, y en este caso hay seguridad de perjudicar al enfermo.

A fin de comprobar los resultados, siempre he empleado, para estas investigaciones, el cromocitómetro de Bizzozzero, el hemocromómetro de Malassez y el hematómetro de Von Heischl, y acabo de empezar una serie de investigaciones del mismo género respecto á la indicación y á la tolerancia de todos los demás medicamentos que se consideran como alterantes (iodo, arsénico, alcalinos, etc.), cuyos efectos perjudiciales son de temer á menudo en la práctica. Después de una larga serie de experiencias farmacológicas y clínicas, creo poder formular un principio general y fundamental de terapéutica científica; es decir, que *la cromocitometría debe ser considerada como la medida exacta de la*

indicación y de la utilidad de los medicamentos que obran sobre la actividad de los cambios, porque el verdadero resultado terapéutico final de esta acción es incontestablemente el aumento de los glóbulos rojos de la sangre, es decir, el aumento de la cantidad de la hemoglobina. (*Nouveaux Remèdes*, 24 agosto de 1889.)

99.—Sobre el pseudo-reumatismo sifilítico del período secundario.

Por el doctor Fournier.

Es indiscutible que la influencia de la sífilis se manifiesta en un determinado número de casos por manifestaciones variadas que interesan las articulaciones. Esta influencia es notoria al principio ó en una época más ó menos lejana al período secundario, pudiendo presentarse: 1.°, artralgia ó dolores sin lesiones apreciables; 2.°, artritis subaguda ó fluxiones subinflamatorias de las articulaciones que se parecen algún tanto á las artritis ó fluxiones reumáticas de poca intensidad; 3.°, hidrartrosis, de cuyas formas refiere el autor algunas observaciones.

Artralgia.—Están caracterizadas por una sensibilidad morbosa de las articulaciones. Son dolores articulares *sine materia*. Las articulaciones son dolorosas, tanto en estado de reposo como á los movimientos; no existe, por lo demás, ni tumefacciones, ni deformidad, ni enrojecimiento de la piel. No se presenta más síntoma que el dolor. Algunas veces no hay más que sensibilidad á la presión y mayor ó menor dolor á los movimientos. Esta forma es más frecuente en las grandes articulaciones, si bien puede presentarse en todas. Su asiento más frecuente es la articulación escapulo-humeral, la de la rodilla y la tibio-tarsiana. Es curioso el hecho de que esta forma aumenta con el reposo y desaparece con el movimiento. Esta forma se encuentra más frecuentemente en la mujer que en el hombre; es más frecuente también en el principio del período secundario y coincide con la roséola. Su duración es variable y desaparece en pocos días mediante el tratamiento específico.

Artritis subaguda.—Son las más raras de todas y presentan la sintomatología característica de una artritis ligera ó una fluxión reumática articular de forma subaguda. Exis-

te dolor, edema sin deformación de la articulación y limitación de los movimientos. La articulación es dolorosa espontáneamente, á la presión ó por los movimientos voluntarios ó comunicados. La afección tiene un curso apirético. Esta forma ataca con preferencia la articulación de la rodilla, no habiéndosela observado en las pequeñas articulaciones.

Hidrartrosis.—Es más frecuente que la forma precedente en la proporción de 2,3 contra 3,4, según las formas personales del autor. Está caracterizada: 1.°, la menor intensidad de los fenómenos dolorosos, habiendo falta completa de dolor comparado con la forma subaguda; 2.°, difiere en segundo lugar por una abundancia mayor del derrame, tanto que lo que caracteriza esencialmente esta forma es la existencia del derrame. Estas dos formas, artritis subaguda é hidrartrosis, determinan lesiones articulares permanentes que se revelan por crepitación á los movimientos, ó por una sensación particular semejante al acto de pulverizar almidón entre los dedos. La articulación de la rótula es la que presenta más especialmente este fenómeno. La evolución, duración y pronóstico de las artropatías secundarias están principalmente subordinadas á la prontitud de la intervención terapéutica.

Respecto al tratamiento, hay que pensar en la medicación específica y en la inmovilización de la articulación afecta. El mercurio es el remedio soberano. El autor prescribe el protoioduro de mercurio á la dosis de 5 á 10 centigramos, al que se asocian pequeñas dosis de ioduro de potasio. La inmovilización de la articulación enferma es igualmente importante en todos los casos. El autor tiene poca confianza en la eficacia de los calmantes aplicados localmente á las articulaciones, y no cree indispensables los vejigatorios. Tal es el sencillo tratamiento que reclaman las manifestaciones articulares de la sífilis en el curso del período secundario, manifestaciones á las cuales ha querido el autor dar el nombre de pseudo-reumatismo secundario para recordar la semejanza clínica que presentan con el reumatismo é indicar implícitamente de esta manera el error clínico que debe evitarse. *(Rev. de scien. méd. Gazzetta Medica di Torino*, 25 mayo de 1889.)

AFECCIONES DE LOS OJOS Y OIDOS, ETC.

100.—Sobre el tratamiento de la catarata no madura.

Por Anderson Critchett, cirujano oftálmico del Hospital de S. Mary, Londres.

Muchos cirujanos, estoy seguro de ello, habrán tenido numerosos casos en los que sin sentir el enfermo la menor molestia ni notar nada las personas que le rodean ha llegado la catarata á un grado tal de desarrollo que le impide dedicarse á sus ocupaciones, pero sin que esté lo bastante madura para justificar la operación. En la última década se han hecho grandes esfuerzos en distintos sentidos para dar una solución á la dificultad, debiendo dividirse los métodos operatorios ensayados en dos clases: aquellos que tratan la catarata no madura por extracción inmediata y los que procuran madurar artificialmente el lente antes de extraerlo. Entre los partidarios del primer plan debo mencionar el doctor Tweedy, Couper y Mc-Keown. Hace más de ocho años el doctor Tweedy extirpó una catarata no madura á un artesano respetable, y refiriéndose á este caso escribe en mayo de 1888: «La extracción tuvo lugar sin complicación, quedando intacta la cápsula lenticular. El restablecimiento fué rápido, pudiendo pocas semanas después, y mediante lentes agrupados, leer perfectamente el tipo *brillante*. Desde esta operación rara vez he rehusado extraer una catarata, aun cuando no esté madura, siempre que ambos ojos estén tan afectados que impida al enfermo seguir sus ocupaciones.

»La operación que tengo por costumbre practicar se reduce á una sección corneal superior con un cuchillo de Graef, una iridectomía y una sección periférica de la cápsula lenticular con un cuchillo de catarata, dejando la cápsula anterior, siempre que sea posible, intacta. De este modo es extraído el lente como si se le sacase de una bolsa».

El doctor Tweedy sostiene que toda sustancia lenticular que se deje queda dentro de la cápsula, donde el humor acuoso pronto penetra causando destrucción, liquefacción y absorción, de modo que después de algún tiempo, en la gran mayoría de casos, queda una cápsula perfectamente

transparente; mientras que en aquellos casos raros en que la materia opaca aun obstruye el área pupilar, una simple aguja bastará para desgarrar la cápsula, cuya fragilidad natural es aún grande.

La sección periférica de la cápsula la practicó, según creo, antes que el doctor Tweedy el doctor Kuapp, de Nueva York, el que usaba, sin embargo, un cistótomo para hacerla, mientras que el doctor Tweedy cree que puede obtenerse una incisión más regular y mejor con el cuchillo de Graef. El doctor Couper también es partidario de operar la catarata no madura, y sostiene que ha obtenido muy buen resultado; pero adopta un plan contrario en principio y práctica al arriba mencionado, puesto que introduce unas pinzas, especialmente construídas, en la cámara anterior, extirpando el centro de la cápsula anterior.

El plan del doctor McKeown, de Belfast, que usa una jeringa y agua caliente para lavar la cámara libre de sustancia lenticular blanda, es bien conocido de vosotros, y aunque se ha criticado mucho, sus partidarios prueban su eficacia con bastantes estadísticas.

Estos son los métodos principales que hay para combatir directamente las cataratas no maduras; pero la maduración artificial, inventada por el doctor Förster, y que consiste en una iridectomía combinada con trituraciones superficiales, es un procedimiento operatorio que ha obtenido la aprobación y el apoyo de muchos oftalmólogos. Existen, sin embargo, muchas opiniones diferentes: primero, respecto á las formas particulares de la afección en que este método parece especialmente indicado, y segundo, respecto al *modus operandi* sobre la sustancia lenticular. Así Förster considera como factor principal la destrucción mecánica de los haces entre la cápsula y el núcleo, mientras que Lamelsohn cree que el procedimiento produce un cambio en la linfa, resultando una alteración nutritiva, y Helfreich basa la explicación en el desarreglo mecánico de los haces lenticulares.

La escasez de tiempo no me permite entrar en detalles sobre el método de Förster, pero el asunto ha sido perfectamente tratado por el doctor Otto Schirmer, que da los resultados de numerosos experimentos. La principal diferencia del método de Förster se funda en que este oculista

cree es esencial para el éxito que exista ya alguna opacidad de la porción anterior, aunque sea muy periférica, lo que ha rebatido Ollinger mediante diez experimentos de trituración en lentes transparentes de conejos, con ó sin iridectomía, no resultando en ningún caso opacidad alguna á pesar de aplicar los más variados grados de presión.

Schirmer, por otra parte, después de experimentar sobre 52 lentes de conejos, sólo quedó opacidad en 6, y como 4 de éstos pertenecen á sus primeros casos, atribuye la causa del mal resultado á imperfección del procedimiento. En los cuarenta y seis restantes se veía una opacidad bien marcada del cristalino. Durante las primeras horas y algunos días se empañaba éste frecuentemente por depósitos de fibrina en el humor acuoso, algunas veces consolidado á las membranas sobre la superficie anterior del cristalino.

La opacidad hace siempre su primera aparición en el polo anterior, debajo de la cápsula, y por iluminación focal se ven unas estrías finísimas formando radios al rededor de la extremidad anterior. En pocas horas progresa hacia el ecuador ó eje, aumentando su densidad. El doctor Hess obtuvo resultados iguales á los mencionados en todos sus casos, excepto uno, en que se produjo catarata total, debido sin duda á continuar la trituración durante tres ó cuatro minutos en vez de ser sólo de medio minuto, y la probabilidad de esta explicación se funda en el hecho de que Voelckers, que sólo rasga ligeramente el cristalino, nunca ha obtenido una catarata total. Los principales peligros de este procedimiento parece son que, si se usa una presión excesiva durante la trituración, puede producirse consecutivamente salida del vítreo al extraerse el cristalino, y también que puede algunas veces originarse una iritis más ó menos intensa. El doctor Noyes, de Nueva York, ha publicado los resultados de la operación de Förster en 8 casos, siendo todos los pacientes mayores de cincuenta años. En dos casos hubo iritis consecutiva, operándose ambos ojos, en uno de ellos con buen resultado, pero se presentó una iritis intensa después de cada operación preliminar y después de cada extracción. Hay que advertir que en este caso no había en las cataratas ninguna opacidad cortical. En el otro caso sobrevino una iritis con al-

gunas sinequias, pero sin ningún mal resultado. En todos los casos se observó que inmediatamente se producía un aumento en la opacidad, variando el grado según los individuos. Cuando la opacidad cortical era ya grande, el efecto era rápido y no iba acompañado de reacción molesta, no observándose en ningún caso síntomas glaucomatosos. Me creo, pues, autorizado á decir que el método inglés de Förster de maduración artificial no está aún muy generalmente adoptado, aunque algunos oftalmólogos, incluso el doctor McHardy, están haciendo ensayos y experimentos cuyos resultados no tardaremos mucho en conocer.

No es mi intención recomendar especialmente un procedimiento dado, aunque creo probable que la mejor solución de la cuestión sería tratar de conciliar el método radical de Förster con la cirugía oftálmica, eminentemente conservadora, defendida por el doctor Tweedy. (*British Med. Journal*, agosto 24 de 1889, pág. 414.)

101.—Sobre la operación de la peritomía.

Por A. Vernon Ford, cirujano de la Enfermería para afecciones de los ojos y oídos de Portsmouth y South Hants.

La operación de la peritomía fué practicada por primera vez en 1862 por el doctor Furnari, de París, y después muy usada en casos de pannus por el doctor Critchett. Encuéntranse algunas estadísticas de esta operación en el *London Ophthalmic Hospital Reports* (tomo IV, pág. 182). En estos últimos años ha caído mucho en desuso, debido principalmente, según mi opinión, á haberse aplicado en lesiones para las cuales no estaba bien indicada. En casos apropiados es aún de gran valor para el oftalmólogo, siendo especialmente útil en aquellas queratitis ulcerativas, vasculares, escrofulosas y supurativas que tanto abundan en las clínicas oculares. El uso prolongado de colirios y lociones tiene muy poco ó ningún efecto sobre estos casos, mientras que la peritomía hace rápidamente ceder la inflamación volviendo la transparencia normal á la córnea. El aumento de presión dentro de la córnea, consecutiva á la separación del strátum, ó por obstrucción de los espacios intercelulares y conductos, depende directamente de la circulación sanguínea de la parte. Ahora bien, como la

sangre que circula por la córnea proviene principalmente de la conjuntiva, la depresión local consecutiva á la sección de sus vasos provocará naturalmente una reacción saludable que facilitará la absorción de aquellos elementos celulares detenidos que separan el strátum, impidiendo así la refracción de la córnea. Después de una experiencia de 250 casos, estoy autorizado para sostener que con la peritomía se obtienen excelentes resultados en la clase de afecciones que he indicado. Es inútil continuar durante semanas y meses prescribiendo lociones sedantes y astringentes en casos que terminan con demasiada frecuencia por densas opacidades que alteran de un modo permanente la visión, dejando ombliopía, astigmatismo y otros temibles defectos. Es lamentable que algunos de nuestros mejores libros de texto no hagan más que una ligera indicación de este simple y eficaz método de tratamiento. La peritomía practicada en una sala de consultas, siendo como es necesario el empleo de anestésicos, proporciona gran trabajo tanto al cirujano como á los ayudantes; pero es compensado éste al ver á jóvenes pacientes que padecían síntomas tan molestos como fotofobia, lagrimeo y blefarospasmo volver á los pocos días después de operados de peritomía con las córneas claras, refractándose en ellas de día en día más igualmente la luz. Respecto á la operación en sí, no creo en peritomías parciales, y tengo gran cuidado en disecar perfectamente el tejido subconjuntival en línea recta por el borde de la córnea. El tratamiento subsiguiente consiste en el uso de astringentes débiles y antisépticos como el ácido bórico (50 centigramos en 30 gramos), ó el ungüento amarillo de óxido de mercurio (de 20 á 40 centigramos por 30 gramos), para favorecer la absorción de los elementos opacos. El estado constitucional general es indudablemente otro factor que debe tratarse en cada caso según las circunstancias. Yo doy como regla no recurrir nunca á la peritomía hasta que no den resultado los demás medios. Si después de una semana de tratamiento ordinario no ha mejorado la afección local, no dudo en operar en seguida. Siempre, después de la operación, empleo una compresa de algodón en rama que sujeto con un vendaje, pues según mi experiencia las viseras suelen ser más perjudiciales que beneficiosas. Para terminar, debo

decir que he encontrado la peritomía útil en las formas crónicas de queratitis, estafilomas y degeneración del tejido corneal; pero no tanto como en aquellas afecciones agudas y subagudas en las que es, según mi opinión, un específico. (*Lancet*, junio 15 de 1889, pág. 1186.)

102.—Sobre un nuevo método de tratar algunas formas graves de inflamaciones de la córnea.

Por G. E. Walker, médico oculista consultor del Hospital Northern de Liverpool.

Las inflamaciones de la córnea á que voy á referirme más principalmente son aquellas que suelen llamarse escrofulosas, y que son producidas por un catarro intenso, heridas, erosiones y la oftalmía purulenta.

En el otoño de 1886 vino á verme, conducida por su madre, una muchacha de trece años que tres meses antes había ingresado en un hospital con una ligera inflamación de los ojos, la cual había ido empeorándose cada vez más hasta llegar al estado actual. Los párpados estaban muy inflamados, habiendo necesidad de administrar un anestésico para poder abrirlos, lo que se hizo con mucha dificultad. Yo más bien esperaba encontrarme con un caso de abscesos múltiples y pequeños que podría abrir, pero sólo hallé una infiltración general con mucho pannus. Según supe se habían empleado ya todos los medios ordinarios, de modo que era inútil repetirlos. Si incindo la córnea á través, como he hecho en casos de oftalmía purulenta, en los que sólo se podía hacer esto ó esperar á que se destruyera totalmente dicha membrana, indudablemente se curaría; pero en este caso, aunque era grave, no había necesidad inmediata de recurrir á este extremo, pues aunque probablemente curaría la afección, produciría en el ojo la molestia permanente á que da lugar una cicatriz densa que además de desfigurar oscurece la vista. Descarté, pues, este método y procedí á adoptar una idea que repentinamente surgió en mi mente y que salvaba las dificultades dichas.

Si una gran incisión puede curar una tensión corneal peor que la que tenemos delante, ¿por qué una serie de pequeñas incisiones, cuya extensión total sea igual ó casi

igual á aquélla, no ha de hacer lo mismo? Y si es así, ¿por qué no han de hacerse dichas pequeñas incisiones en la base de la córnea, donde no pueden alterar la vista ni desfigurar? En menos tiempo quizás del que he tardado en referirlo concebí y practiqué la operación, demostrando la cantidad de sangre y suero que salía por las incisiones el alivio producido en la córnea, la cual iba aclarándose de un modo perceptible á medida que se adelantaba la operación. Pronto se desvaneció toda duda respecto al beneficio del método. Después de pasado el efecto del cloroformo la misma enferma expresó su satisfacción diciendo que había desaparecido el dolor que tanto le molestaba, y dos días después abrió espontáneamente sus ojos por primera vez después de tres meses. Subsiguientemente, con un tratamiento ulterior apropiado, recibió toda la vista que era posible, volviendo á ocuparse de sus quehaceres ordinarios. Después ha padecido dos ligeras afecciones de la córnea, pero que han cedido en seguida al tratamiento ordinario.

No apreció entonces en todo su valor la poderosa arma que tenía en mis manos, y durante algún tiempo limité su empleo en aquellos casos que como el referido suelen observarse pocas veces. Pero gradualmente, á medida que se iban obteniendo mejores resultados, extendí el uso de esta operación á casos más agudos y graves.

Digamos algunas palabras sobre el modo de practicar la operación que hemos llamado «Perikerotomía», ó más brevemente «Kerotomía», y su tratamiento ulterior. Colocado el cirujano de pie detrás del paciente, que estará echado boca arriba, se inserta el espéculum y se fija con unas pinzas dentadas la conjuntiva frente al punto más bajo de la córnea. Hecho esto se pasa una aguja ancha por la esclerótica, enteramente por detrás de su unión con la córnea, hasta hacerse visible en la cámara anterior. Naturalmente, la aguja debe estar casi paralela al plano del iris; pero la punción será oblicua y valvular, de modo que al retirar aquélla no salga humor acuoso. Debe repetirse esta punción hasta atravesar toda la circunferencia. En casos graves, el puente entre las incisiones debe tener el mismo ancho que las incisiones mismas, y en otros menos graves, debe ser dos ó tres veces mayor. Yo tengo la costumbre de

hacer la tercera parte de las incisiones con la mano derecha y las demás con la izquierda.

Si se practica con cuidado esta operación, no da lugar á pérdida de humor acuoso, y si le hay, es tan rápidamente reemplazado que la cámara anterior está tan llena después de la operación como antes. Es importante operar de modo que se consiga esto, para impedir el dolor á que da lugar una cámara vacía, y lo que es aún más importante, para poder completar las incisiones sin lesionar el cristalino. El único accidente que he tenido en más de 200 operaciones practicadas fué debido á usar un kerótomo curvo algo romo, que al penetrar la cámara de un modo brusco tuve que retirarlo rápidamente por haber producido un ligero prolapso del iris. Desde entonces he usado siempre una aguja ancha, que reune buenas condiciones para muchas operaciones.

Después de la operación, que es hecha bajo la acción de un anestésico local ó general, se lava bien el ojo y se aplica un apósito apropiado que cierre también el sano. Prefiero no usar la atropina, á menos de estar seguro que haya iritis, pues ha sido perjudicial en varios casos. Rara vez requiere el ojo ningún tratamiento ulterior; pero si debido á un catarro vuelven á exacerbarse los síntomas, puede repetirse la operación sin cuidado alguno.

Como este método ha venido desde hace tiempo sobreponiéndose gradualmente á todos los demás, y como después de usarlo en mi práctica constantemente desde hace cuatro meses no tenga razón alguna para arrepentirme de ello, sino al contrario, para congratularme, me permito recomendar su adopción. (*Liverpóol Med. Chir. Journal*, julio 1889, pág. 268.)

103.—Sobre el tratamiento de la oftalmía purulenta y dacriocistitis por irrigación antiséptica.

Por Hugh. E. Jones, cirujano de la Enfermería para afecciones de ojos y oídos de Liverpóol.

El objeto de esta corta tesis es hacer ver el éxito obtenido en la práctica con el tratamiento defendido por Edgar Browne para la oftalmía y dacriocistitis. Para conveniencia de los lectores describo los métodos empleados, y para

aquellos que deseen ensayar el tratamiento las modificaciones que la experiencia ha reconocido como aceptables.

En su tesis sobre «Algunos puntos del tratamiento de la oftalmía purulenta», dice el doctor E Browne que las indicaciones para el tratamiento de esta afección fueron: 1.ª, quitar la materia infecciosa todo lo más pronto y del modo más completo posible; 2.ª, hacer el epitélium conjuntival y las secreciones todo lo más aséptico que se pueda. Describe después el modo como trata de llenar dichas indicaciones por irrigación prolongada de *toda* la conjuntiva con una solución al $^1/_2$ por 100 de triclorfenolato de magnesia. El aparato usado consistió en un receptáculo ordinario para irrigar, un tubo y un retractor palpebral de plata, formado por un tubo perforado con seis agujeros en la porción que entraba en el saco conjuntival. En dicha tesis no se mencionaba caso alguno de oftalmía gonorreica en el que se emplease este tratamiento, y sí sólo los resultados obtenidos en la gonorrea uretral.

Respecto á las soluciones antisépticas usadas, observamos que la solución de Pana de ioduro de mercurio producía mucho menos escozor que el triclorfenol (aun cuando el último fué usado en una solución al $^1/_2$ por 100), y que aunque el tratamiento ocupaba más tiempo el resultado final fué tan bueno. En un caso se usó el retractor é irrigador palpebral del doctor Browne; en tres usé un catéter para la trompa de Eustaquio ordinario, doblado convenientemente, y observé que una vez bien introducido dentro del saco conjuntival, y movido suavemente de uno á otro lado, obraba tan bien ó casi lo mismo que el instrumento mejor y más delicadamente hecho. En todos los casos, antes de su admisión en el hospital, habíase producido ulceración de la córnea, y en todos empezó la cicatrización á las pocas horas de la primera irrigación. La supuración fué siempre mucho menor al segundo día y cesó completamente á los quince, trasladándose los enfermos á las salas generales. En todos los casos que he visto tratados por los métodos antiguos (nitrato de plata, iodoformo, etc.) las úlceras han seguido extendiéndose hasta que la supuración cesa, causando una alteración permanente de la córnea y algunas veces hasta su pérdida total.

También se observó fué muy útil la irrigación en mu-

chos casos de oftalmía escrofulosas y membranosas, y en alguna de úlcera gangrenosa de la córnea con conjuntivitis crónica. En la oftalmia neonatórum, aunque disminuyendo mucho la duración de la afección, produciría tanto dolor y molestia que no debe generalizarse su uso. (Omitimos aquí los casos del doctor Jone.)

Dacriocistitis.—En 1886, el doctor Edgar Browne, reconociendo el importante papel desempeñado por las bacterias piogénicas (según lo han demostrado Sattler y Widmark) en las afecciones del saco y conducto lagrimal, aplicó el principio de irrigación á su tratamiento. No creo necesario referir los detalles de éste, siendo el objeto que se proponía prácticamente el mismo que en la oftalmía gonorreica, es decir, limpiar el pus y hacer aséptica la membrana mucosa y su secreción sin lesionar el epitélium ó agravar la inflamación existente. En los primeros casos, pocos en número, se introdujo por el conducto lagrimal una sonda de goma elástica del núm. 1, á la que se amarró el tubo irrigador, usándose la solución de triclorfenol (al $^1/_2$ por 100 próximamente); pero nunca fué esto de fácil aplicación, por la dificultad al paso de la sonda y porque la solución producía intenso escozor. En todos los casos anotados se adoptó el método siguiente: 1.°, el canalículo inferior fué incindido lo bastante para que pudiera admitir una sonda de un tamaño regular (excepto en algunos casos de abscesos lagrimales, en los que la abertura extensa hacía esto innecesario); 2.°, hecho esto se introducían dentro del saco el estilete y cánula de Weber, á la cual, después de retirado aquél, se insertaba el tubo irrigador, inyectándose una cantidad apropiada de la solución de Pana; 3.°, al día siguiente, suponiendo que la inflamación del saco no fuera demasiado aguda, se pasaba una sonda y se irrigaba bien toda la región. En los casos crónicos, en que el pus era tan espeso y viscoso que se resistía á los medios ordinarios, se usó antes de la solución de Pana otra de bicarbonato de soda (50 centigramos por 100 de agua); 4.°, cuando había una estrechez se usaba diariamente una cánula mayor, hasta que se la considerase suficientemente dilatada, y 5.°, durante la irrigación conviene que el paciente tenga la boca bien abierta.

Las siguientes objeciones al instrumento harán proba-

blemente todos los oftalmólogos: 1.ª, si está demasiado encorvado, será muy difícil sacar el estilete; 2.ª, si se introduce la cánula hasta el mango el líquido no irrigará el saco ó conducto lagrimal, sino la membrana mucosa nasal; 3.ª, aun cuando la cánula sea retirada suavemente no puede, debido á su extremidad abierta, volver á colocarse sin introducir nuevamente el estilete. Para vencer estas di-

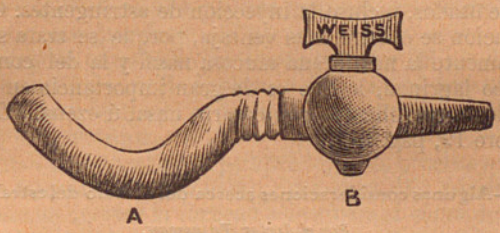


Fig. 1.—A, tubo de goma del receptáculo; B, espita ó llave.

ficultades rogué á los señores Wein é hijo que hicieran una cánula cerrada y redondeada por su extremidad, distante y perforada lateralmente por pequeños agujeros en

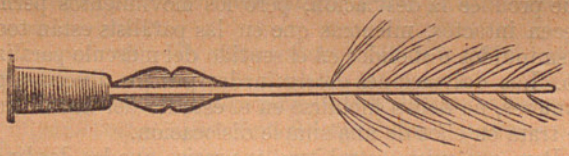


Fig. 2.—Cánula.

una extensión de una pulgada. La extremidad próxima, á su vez, se hizo que ajustara á la punta cónica de una pequeña espita ó llave. No se necesita ningún estilete, porque esta cánula puede sacarse y volver á introducirse lo que se quiera fácilmente sin quitar la espita, irrigando sin embargo al mismo tiempo todo el saco, conducto nasal y parte de las fosas nasales. He usado esta cánula diariamente durante cuatro meses, dándome un resultado excelente.

Observaciones.—Conviene preguntar si este tratamiento tiene algún efecto ulterior sobre la estrechez, que en muchos casos ha causado el mucocele ó absceso. El gran número de casos tratados durante dos años y medio me han hecho creer firmemente que el buen efecto es más permanente en éstos que en los que sólo se ha empleado el bisturí y la sonda, y que con este método se evita con más frecuencia la formación de una estrechez que con los ordinariamente usados, incluso la inyección de astringentes. Con la irrigación se obtiene más ventaja, porque se trata simultáneamente la membrana mucosa nasal y la del conducto y saco lagrimal, lo que es de gran importancia en casos debidos ó complicados con catarro nasal ú ozena. (*Lancet*, octubre 19, pág. 788.)

104.—Algunas consideraciones acerca del estudio del estrabismo.

Por el doctor Trousseau.

En la reciente lección clínica dada por el autor, dice:

El estrabismo se encuentra constituído por la retracción de uno de los músculos del ojo.

Debe separarse su estudio del de las parálisis oculares. En el estrabismo hay exceso de tensión en el músculo que produce la desviación, pero los movimientos permanecen intactos, mientras que en las parálisis están todos disminuídos ó abolidos en el sentido del músculo paralizado. Las desviaciones determinadas por los abscesos, por tumores, no deben incluirse en el estudio del estrabismo; se trata en ellos de una simple dislocación.

Para que exista estrabismo es preciso que las dos líneas visuales no se corten en un mismo punto de mira, que el enfermo se encuentre reducido á la visión monocular. Si esta condición no se realiza, aunque el ojo parezca desviado, hay estrabismo falso ó aparente. Por el contrario, algunos individuos no bizcan sino en determinadas ocasiones, por ejemplo, al fijar la mirada; entonces hay estrabismo intermitente, que de ordinario es el primer grado del estrabismo permanente y puede ser precedido por el estrabismo latente.

Debe estudiarse: 1.°, el estrabismo aparente; 2.°, el estrabismo latente; 3.°, el estrabismo intermitente; 4.°, el

estrabismo alternante; 5.º, el estrabismo fijo interno ó convergente y externo ó divergente.

Debe notarse que nunca se bizca más que un ojo; siempre el otro permanece correcto, mirando al objeto que está directamente delante de él.

1.º *Estrabismo aparente.*—El eje del ojo pasa por el centro de la córnea. La línea visual varía según la refracción: *a*, en el hemetrope pasa por dentro del eje y no se confunde con él; *b*, en el hipermetrope pasa por dentro; *c*, en el miope pasa por fuera.

El ángulo que separa las líneas visuales del eje del ojo se llama ángulo *a*. Es interno ó nasal en el hipermetrope, externo ó temporal en el miope, nulo ó ligeramente nasal en el hemetrope.

Para que el hipermetrope mire lejos, es preciso que sus líneas visuales sean paralelas; para lograr su paralelismo tendrá que desviar la córnea hácia afuera, á causa de la posición interna de sus líneas; habrá, pues, apariencia de estrabismo externo.

Consecuencia.—El hipermetrope fatiga sus rectos internos en la visión próxima, pero fatiga sus rectos externos en la visión lejana.

Para ver de cerca, el miope trae sus líneas visuales hacia adentro; empleará su recto interno y tendrá apariencia de estrabismo interno.

Consecuencia.—Su recto interno se fatiga en la visión próxima.

Conclusiones. — Apariencia de estrabismo externo en el hipermetrope; apariencia de estrabismo interno en el miope.

2.º *Estrabismo latente.*—Consiste en una fatiga muscular que necesita buscarse. Hay dos medios de diagnóstico: *a*. Se hace mirar una cabeza de alfiler con ambos ojos; al cabo de un tiempo se tapa uno; si el ojo no cubierto no oscila, es que estaba seguro en el punto de mira. Se repite el experimento con el otro ojo; si á su vez el ojo libre no oscila, es porque no hay extrabismo latente. El ojo libre que practique un movimiento para coger el punto de mira denota un estrabismo. *b*. Empleo del prisma. Sobre una línea vertical se traza un punto en que se fijan ambos ojos; Luego, ante uno de los ojos, se coloca un prisma de diez

grados con la base hacia arriba. Si no hay estrabismo, ve el enfermo entonces dos puntos, uno encima del otro; si hay estrabismo, se ve un punto en la vertical y otro á la derecha ó á la izquierda, pero nunca en la vertical. Poniendo entonces ante el ojo un prisma de eje horizontal, vuelven los dos puntos á la misma línea. Se ensayan por tanteo prismas cada vez más fuertes, y el ángulo del que obtiene el resultado apetecido da la medida de la desviación.

3.° *Estrabismo intermitente.*—Se produce de cuando en cuando y apenas es comprobable. Puede servir de ejemplo un miope que fatiga sus rectos internos, que van cansándose, pero que de cuando en cuando recuperan rápidamente sus funciones.

4.° *Estrabismo alternante.*—Existe desviación, unas veces de un ojo y otras de otro. Es muy fácil de diagnosticar.

Condiciones de producción.—Cuando ambos ojos tienen la misma agudeza, no hay razón para que el enfermo desvíe uno más que el otro; por eso mira con ellos alternativamente.

5.° *Estrabismo fijo.*—A. El estrabismo fijo es frecuente en los hipermetropes medianos (+ 2 D. y + 3 D.). Los hipermetropes débiles ven bastante bien; los fuertes muy mal; unos y otros se resignan con su estado y no hacen esfuerzos inútiles. De ordinario el estrabismo interno se debe á la hipermetropia, porque siempre que un individuo acomoda converge al mismo tiempo; son dos funciones íntimamente ligadas. Para la visión binocular, el hipermetrope tiene que acomodar más que el hemetrope; es preciso, pues, al mismo tiempo un esfuerzo de convergencia que impide á las líneas visuales el entrecruzarse en el punto de mira: de aquí la diplopia; el enfermo tratará de evitar esta diplopia molesta desviando el peor de ambos ojos.

Esta desviación se efectúa hacia adentro, porque el músculo recto interno es normalmente más fuerte que el recto externo, que en el hipermetrope se desarrolla por el ejercicio y que el ángulo está situado por dentro (véase estrabismo aparente).

El estrabismo interno existe también fuera de la hipermetropia, por ejemplo, cuando hay un predominio congénito del recto interno. Si ambos ojos son normales, es raro

que este predominio produzca el estrabismo; pero si sobreviene una mancha, una catarata, la ambliopia ó el astigmatismo en un ojo, éste se desviará en el sentido del músculo predominante. A veces el estrabismo depende de un desarrollo incompleto del diámetro transversal de la cabeza.

B. *Estrabismo externo.*—Generalmente se encuentra ligado á la miopía, aunque en algunos casos pueda atribuírse á un predominio de los rectos externos, con la misma causa que en la hipermetropia. El miope tiene que fatigar su recto interno para atraer su línea visual adentro, á causa de la posición externa de su ángulo *a*. Cuando uno de los rectos internos se debilita, el recto externo predomina, hay diplopia, y el enfermo, para anularla, desvía un ojo hacia afuera, ayudado por el predominio del recto externo no fatigado. (*Siglo Médico*, 28 julio de 1889.)

105.—Sobre la trasplantación de colgajos cutáneos por el método de Wolfe. Tres casos.

Por F. Von Esmarch, profesor de Cirugía de la Universidad de Kiel.

En una disertación publicada por el doctor Hahn, de la Universidad de Kiel, se detallan un gran número de operaciones plásticas hechas en mi clínica por el método de Wolfe, consistente en trasplantar colgajos de piel de partes distantes sin pedículos, y creo de algún interés para los lectores del *Lancet* el conocer mi opinión sobre el valor de esta operación.

Hahn refiere 13 casos en los que la solución de continuidad ha sido cubierta según el método de Wolfe y en su mayoría con buen resultado. Estas soluciones de continuidad fueron en 3 casos consecutivas al cáncer de la cara, en uno á la extirpación del nœvus pigmentoso y en 4 á rinoplastia de la frente. El colgajo de Wolfe fué en 3 casos tomado directamente para la rinoplastia parcial, y en otros 2 para la formación de los párpados. Las soluciones de continuidad variaban de 1 á 5 centímetros de diámetro, produciéndose la adherencia de los colgajos entre los cinco y diez días. Algunos cicatrizaron por completo en seguida, diferenciándose los colgajos trasplantados de las partes vecinas sólo por tener un color algo más pálido. En la mayoría

de los casos hubo exfoliación del cutículo y necrosis de pequeñísimas porciones del dermis, pero sin perjudicar en nada el buen resultado de la operación. Sólo en un caso no fué ésta satisfactoria, debido al mal estado de la piel del paciente. Los casos siguientes pueden servir como ejemplos de operaciones de la cara.

La figura 1 representa un caso de cáncer rodens de la nariz en una joven de diez y siete años. El ala nasal derecha estaba destruída y la ventana casi cerrada. Por medio de dos incisiones arqueadas el tejido cicatricial fué separado, y la solución de continuidad que quedó se cubrió

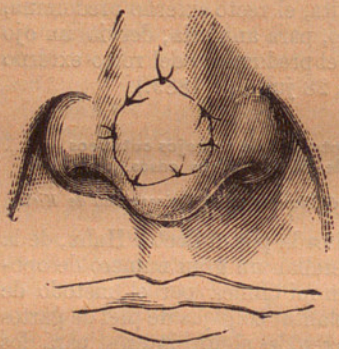


Fig. 1.



Fig. 2.

con un colgajo cutáneo tomado de la parte superior del brazo. A los seis días la adherencia era perfecta.

La figura 2 representa otro caso de cáncer rodens. La señora K., viuda de un teniente coronel, fué por primera vez atacada en 1876, y durante siete años sufrió gran dolor punzante. Se consultaron varios cirujanos y se adoptaron toda clase de medios (incluso la homeopatía) sin ningún resultado. Resolví en 1883, para cuya época el puente de la nariz estaba casi completamente cubierto por el cáncer, extirpar el tejido afecto y cubrir la superficie cruenta con un colgajo tomado del brazo izquierdo. A los diez días se había unido perfectamente el colgajo y desde entonces no ha vuelto á reproducirse la afección.

La figura 3 corresponde al siguiente caso. G., de cinco años de edad, hija de un labrador y que estaba muy desfigurada por un nœvus pigmentoso. Habían intentado extirparlo en tres sesiones, pero se reprodujo. En 1884 extirpé todo el nœvus y cubrí la mitad del sitio que ocupaba con un colgajo tomado del brazo izquierdo y la otra con uno tomado del antebrazo. A los siete días se habían adherido los colgajos, y á las tres semanas su aspecto era normal.



Fig. 3.

Las ventajas de la trasplantación por el método de Wolfe son las siguientes: 1.ª, se hace posible con él cubrir en seguida y por completo las soluciones de continuidad; 2.ª, podemos reemplazar el tejido cicatricial por verdadera piel, que ofrece mayor resistencia á los efectos deletéreos extensos, y 3.ª, da mejores resultados estéticos que cualquiera de los tres métodos de trasplantación, lo cual es muy importante en las operaciones de la cara. El único inconveniente que tiene este método es que el colgajo se contraiga, lo cual puede evitarse haciéndole mayor de lo que sea necesario. El método de Wolfe es particularmente

aplicable á las operaciones plásticas, y casos en que haya grandes superficies cruentas en la cara que no puedan cerrarse con suturas, prefiriéndose en dichos casos á cualquier otro método. (*Lancet*, junio 8 de 1889, pág. 1131.)

106.—Sobre el tratamiento de la otitis granulosa, según el doctor Politzer.

Por el doctor Natier.

Diversos medios se han preconizado para hacer desaparecer las granulaciones: acido bórico, iodo en solución ó en polvo, iodol, ácido fénico, etc., cuyos agentes son completamente ineficaces en estos casos.

Método operatorio.—Hay un medio radical que permite desembarazarse rápidamente de las granulaciones, cual es el tratamiento operatorio. Propuesto por Oscar Wolf, consiste en extirpar las excrescencias del promontorio ó de la pared accesible inferior ó posterior de la caja por medio de una cucharilla de bordes cortantes. Estas cucharas son de forma muy variable, según los puntos en que residen las granulaciones. Este tratamiento es muy fácil y expedito. Sin embargo, frecuentemente la extirpación no se verifica sino en parte, y hay que cauterizar el resto ó hacer instilaciones de alcohol para obtener una destrucción completa. Sin embargo, en este caso la operación del principio abrevia mucho la duración del tratamiento.

Cauterización con el nitrato de plata.—Cuando las granulaciones demasiado difusas no pueden quitarse con el instrumento, se practica entonces la cauterización. Las granulaciones de la caja pueden cauterizarse por medio del nitrato de plata. A este efecto se cuida previamente de levantar estas granulaciones con un estilete y de modificarlas en cierto modo; tomadas estas precauciones, se empleará de preferencia un estilete, malo, que podrá ser atacado sin perjuicio por el nitrato. Entonces se calienta el nitrato de plata hasta liquefacción, y se empapa en el líquido así obtenido la punta del estilete; que se habrá mojado antes; cierta cantidad de nitrato queda adherida al extremo del estilete; bastará ponerla en contacto con las granulaciones. Las cauterizaciones con el nitrato de plata no deben hacerse sino por medio del espéculo, para no tocar ciertas partes

del conducto que deben respetarse. Además se llevará el nitrato y depositará directamente sobre las granulaciones si se desea que produzca algún efecto.

Pero las cauterizaciones con el nitrato de plata no carecen de inconvenientes. En primer lugar este agente ocasiona de ordinario un dolor muy vivo, de que se quejan los enfermos, lo cual puede obviarse echando algunas gotas de solución de cocaína al 5 por 100 en el interior del conducto auditivo. Otro inconveniente mayor, en mi sentir, es debido á que el nitrato de plata, inmediatamente después de aplicado, forma al rededor de las granulaciones una especie de barniz protector que aniquila casi completamente su efecto y á lo sumo puede obrar sobre la parte más superficial de las neoplasias; en estas condiciones se comprende que hay que intervenir con frecuencia y de un modo casi indefinido. En efecto, apenas si el obstáculo que se opone al mal puede detener su desarrollo. En resumen, no aconseja Politzer que se recurra al nitrato de plata sino en casos muy limitados, en que las granulaciones estén muy poco desarrolladas y han sido inútiles los demás remedios.

Cauterizaciones con el percloruro de hierro.—Al lado del nitrato de plata, y en el tratamiento de la afección que nos ocupa, se puede colocar el percloruro de hierro, que puede emplearse en dos formas diferentes: ó líquido ó cristalizado. Si se recurre al primero se empleará una solución concentrada, que se obtiene exponiendo al aire libre el percloruro de hierro cristalizado, pues en estas condiciones, en virtud de su potencia higrométrica, se licua y emplea del modo siguiente: un procedimiento consiste en empapar sencillamente el extremo de un estilete en la solución y ponerle en contacto con las granulaciones; en otro procedimiento la solución de percloruro de hierro se lleva al conducto auditivo por medio de un taponcito de huata arrollado al extremo de un tallo ó un pincelito empapado en la solución. Se cuidará de frotar un tanto las granulaciones con el tapón, á fin de que el percloruro penetre más profundamente y su acción sea más enérgica. Siendo el percloruro de hierro mucho menos doloroso, y penetrando mucho más profundamente que el nitrato de plata, no titubea Politzer en darle la preferencia.

Puede también recurrirse al percloruro cristalizado en

los casos, sobre todo, de granulaciones algo voluminosas muy resistentes, y que no pueden quitarse con el instrumento. Se coge con pinzas apropiadas, y para evitar su fusión en el conducto auditivo externo y aumentar su acción sobre las vegetaciones, se le mantiene aplicado por medio de un tapón de huata.

El percloruro es ineficaz en los casos de granulaciones polipoides.

Cauterización con el ácido crómico.—Muchos prácticos emplean hoy el ácido crómico para cauterizar las granulaciones del oído. Para ello, ó bien se toman cristales con el extremo de un estilete y se calientan hasta la fusión, ó bien se recurre á soluciones concentradas. En el primer caso se pone el estilete directamente en contacto con las granulaciones, sobre las cuales se deposita el ácido crómico fundido; en el segundo se sumerge en la solución el extremo de un estilete, provisto ó no de huata, y se cauteriza con esta solución. El ácido crómico es muy doloroso, aun haciendo uso de la cocaína, por lo cual rara vez lo emplea Politzer.

Si á esto se añade que no da resultado allí donde no lo da el percloruro de hierro, se comprenderá perfectamente que es preferible éste.

Cauterización galvánica.—Las granulaciones pueden destruirse también con el galvanocauterio, excelente medio, muy seguro y casi indoloro, sobre todo después de la anestesia con la cocaína. Deberá emplearse un galvanocauterio de pequeñas dimensiones, que no se introducirá en el conducto auditivo sino bien limpio éste. Se cuidará además de no calentarle sino cuando la punta del galvanocauterio esté en contacto con los tejidos que ha de cauterizar. Como el conducto se llena de humo después de la cauterización, deberá interrumpirse ésta para darle salida. La intensidad de la corriente debe ser bastante grande para que pueda calentarse rápidamente el galvanocauterio y ocasionar así el menor dolor posible. En cada sesión pueden hacerse tres ó cuatro cauterizaciones hasta el nivel de los puntos que no habían sido tocados por el galvanocauterio. (*Siglo Médico*, 2 junio de 1889.)

107.—Sobre la influencia del aire de mar en las enfermedades de los oídos.

Por el doctor Moure.

Al ocuparse el autor de este asunto en el Congreso de Otología de Bruselas, lo hizo excluyendo por completo las enfermedades producidas por la introducción del agua salada en los oídos, ora por los conductos, ora por las trompas. El agua, en estos últimos casos, es muy probable que obre: 1.°, porque está fría, y 2.°, porque contiene sal y á menudo arena ó partículas orgánicas que la hacen irritante, prescindiendo en todo caso de la fuerza de propulsión ó choque de la ola.

El aire marítimo, el aire salado, no es capaz por sí solo de provocar la aparición de la enfermedad auricular, pero el autor cree que puede facilitar su desarrollo y agravarla cuando ya existe.

Sabido es que todo aire marítimo, sobre todo á orillas de ciertas costas, está sobrecargado de vapor de agua; por otra parte, sabido es también que los accidentes metereológicos son frecuentes en la mayoría de nuestras costas y ocasionan variaciones bruscas y á menudo pasajeras; la electricidad se acumula en ellas fácilmente; así, las tempestades son mucho más frecuentes cerca de tierra que en alta mar. Ahora bien, ¿no hay en esto suficientes causas de irritación para explicar las modificaciones que sobrevendrán en la mayoría de los enfermos durante su permanencia á las orillas del mar?

En las afecciones del conducto el aire del mar, activando la nutrición á consecuencia de las modificaciones que se producen en las superficies pulmonares digestivas, y por consiguiente circulatorias, exacerbará las dermatosis (herpétides, eczemas crónicos, etc.); la exfoliación del conducto y del tímpano se hará más activa y se exacerbará la afección en vez de detenerse en su curso. Ocurrirá aquí, por lo demás, lo que sucede en las dermatosis en general, á las que es poco favorable el aire salino.

En las afecciones de la trompa el aire del mar obra todavía de un modo más desfavorable. En efecto, ¿no se ha probado hace tiempo que las bajas presiones atmosféricas,

las tempestades, y sobre todo el estado higrométrico del aire, facilitan en la mayoría de los enfermos el estrechamiento y hasta la obstrucción tubaria, y por consiguiente agravan al menos momentáneamente la sordera ó los zumbidos?

En los niños que tienen vegetaciones adenoides, ó en los que tienen inflamación de la mucosa pituitaria (coriza crónico hipertrófico), es fácil observar este fenómeno. Evidentemente, el aumento momentáneo de las vegetaciones, la tumefacción de la membrana de Schneider ó de la trompa bajo la influencia irritante del aire salado, es lo que produce esas agravaciones en general pasajeras.

Lo que ocurre en la mucosa nasal ó naso-faríngea se observa también en la de la trompa ó del oído medio. Así, las otitis catarrales, con exudación sobre todo, se exacerban á las orillas del mar, convirtiéndose el exudado de seroso en purulento al cabo sólo de tres ó cuatro días. Sin embargo, esta regla, como todas, tiene excepciones.

Si es fácil comprender cómo obra el agua salada de un modo desfavorable sobre la mayoría de las afecciones catarrales, agudas ó crónicas del conducto de la caja ó de la trompa, será quizás difícil explicar por qué no favorece la cicatrización de las otorreas recientes, sobre todo antiguas. El aire salado obra como irritante directo, ora por el conducto auditivo, ora por la vía tubaria, y quizás por los dos sitios á la vez.

El aire salado tampoco es favorable para los zumbidos llamados vasculares ó nerviosos.

De un modo general, pues, puede decirse que el aire del mar ejerce desfavorable influencia sobre la mayoría de las enfermedades del órgano del oído, ora de la trompa, ora del oído medio.

En resumen, si los señores Sexton, Knapp, Cozzolino, etcétera, hacen resaltar la influencia nociva de los baños de mar sobre los oídos, cree el doctor Moure que no debe desdeñarse en muchos casos la influencia directa del aire, que más difusible que el agua, está más á menudo y durante más tiempo en contacto directo con las mucosas nasales, naso-faríngeas y auriculares. (*Siglo Médico*, 14 abril de 1889.)

108.—Sobre el tinnitus áurium y su tratamiento.

Por Sir William B. Dalby, cirujano especialista en Afecciones de oído del Hospital de San Jorge, Londres.

Pocas cosas hay que tiendan á estrechar más los límites de la cirugía auditiva, ó en otras palabras, aun á impedir su progreso, que el sinnúmero de remedios preconizados contra el tinnitus. La explicación de lo mucho que se ha escrito sobre este punto probablemente se encontrará en que muchos de los casos son incurables. Lo cierto es que, como el dolor, es un síntoma, y tiene que ser soportado hasta que desaparezca ó se elimine la causa. En muchos casos puede ser eliminado; en otros desaparece como empezó, sin razón alguna aparente; en otros es permanente si las causas que lo producen son de las que subsisten mientras se viva, contándose entre éstas la degeneración del sistema arterial después de la edad media; y á pesar de ser entonces este síntoma incurable y estar fuera de los límites de la cirugía, algunos creen conseguir curarlo por medio de la electricidad y otros métodos. Quizás porque el tinnitus debido á degeneración y algunas otras causas es de un carácter constante, la clase de electricidad que encuentran más apropiada los que por ella abogan es la de corriente constante, pero úsese ésta ó la interrumpida generalmente no se obtiene efecto alguno. Este tratamiento suele seguirse hasta que llega á saberse que la causa del tinnitus suele con frecuencia estar detrás de la cavidad timpánica. Digo esto con alguna reserva, según demostraré; pero en una gran proporción de casos en que los enfermos están molestados por ruidos de cabeza, no tengo duda alguna de que es debido á causas nerviosas, y es muy necesario sentar esto, porque rara vez sucede, según mi experiencia, que los que padecen tinnitus no sean sometidos á un tratamiento del oído medio. Para comprender por qué esta lesión es con tanta frecuencia de origen nervioso, deben considerarse las numerosas condiciones bajo las cuales se produce y en las que se observa un síntoma constante.

Primero, tomemos ejemplos en los que es uno sólo el oído afectado. Un inesperado disparo de un cañón cerca de un oído lo producirá instantáneamente, durando algu-

nas veces años ó toda la vida. Asimismo puede ocasionarle cualquier ruido violento cerca del oído, una contusión ó la fractura del cráneo.

Además, la mayoría de los casos en que el poder nervioso de oir está perdido sin ningún cambio local perceptible y sin ninguna inflamación ó catarro del oído medio van acompañados de tinnitus, sucediendo esto principalmente si ambos oídos están afectados. Por ejemplo, cuando el tifus, la fiebre tifoidea, las fiebres de la India, conmociones mentales, etc., van seguidas de sordera (no habiendo sufrido nunca el oído medio), existe tinnitus; cuando en uno ó en ambos oídos hay sordera debida á sífilis constitucional ó hereditaria, ó á la edad avanzada; cuando la que se observa en varios miembros de una misma familia, hacia la edad media, es una sordera desconocida, sin nombre y sin remedio y sin ninguna evidencia por la que puede descubrirse la causa, en todos estos estados y otros parecidos existe generalmente el tinnitus. Si la presencia del tinnitus en estos casos es tan notable, en la mayoría de las afecciones del oído medio es más notable aún su ausencia. En casos de afecciones del oído medio que observamos diariamente, tales como los de obstrucción de la trompa de Eustaquio, catarro reciente, inflamación aguda ó subaguda del tímpano, perforaciones acompañadas de supuración, pólipos, etc., ¿es general observar el tinnitus? Cuando el tímpano ha sido completamente desorganizado y la membrana toda destruída, ¿es general la presencia del tinnitus? Al contrario, es sumamente raro; si acaso existe, es sólo pasajero. Entonces, seguramente, si la fuente y origen del tinnitus estuviera en el oído medio, sería común en estos casos. Si este razonamiento es aceptado como lógico, debiera haber más probabilidad de que cesara la agitación del tímpano de las personas afectas de tinnitus. Puede preguntarse qué propondremos en su lugar. A esto contestaría, que antes de proponer cualquier sustituto de un tratamiento irracional y anticientífico más vale suspenderlo; debe reconocerse que, comparado con un intento racional para descubrir el origen de los síntomas, cualquier tratamiento no tiene importancia alguna; que cuando se descubre la causa, el tratamiento racional es entonces fácil; que cuando se observa que la causa es un es-

tado que no tiene remedio debe insistirse en la suspensión de todo tratamiento, especialmente de toda intervención quirúrgica.

Así, por ejemplo, existe una clase especial de hombres que siempre dicen que están abrumados de trabajo, entendiéndose que no me refiero al decir esto á los que dotados de grandes facultades se ocupan asiduamente durante muchas horas en asuntos que requieren gran trabajo intelectual, sino á aquellos que no pueden soportar apenas las molestias propias de la vida ordinaria y que quizás toman gran cantidad de vino durante el día porque obtienen beneficio de su acción sedante. Estas clases de personas suelen padecer con frecuencia tinnitus, y si puede persuadírseles de que trabajen menor número de horas y supriman el vino se ponen bien sin necesidad de tratamiento alguno. Lo que hay de cierto en esto es que los cerebros de estas personas son muy débiles, y lo que para ellos es un trabajo extraordinario para otros cerebros más potentes es un juego de niños.

A estos sujetos es á quienes nos referimos ahora. En varias ocasiones he visto enfermos que se quejaban de tinnitus persistente, los cuales en el curso de la conversación decían que oían perfectamente palabras distintas y en quienes la razón estaba bastante alterada por él. Esta forma de tinnitus es indudablemente de carácter grave, porque los enfermos se han vuelto locos al poco tiempo de presentarse aquél. Creo conveniente mencionar los ruidos que simula el tinnitus según los describen los enfermos. Desde el ruido de un caracol ó concha de mar aplicado al oído (la forma menos intensa) hasta el del vapor ó el insoportable de una máquina; pero debe aceptarse como regla que el tinnitus intenso ó (permítaseme la palabra) furioso es el principio de la pérdida más ó menos total del oído. He observado ahora que no existe tinnitus en la mayoría de los casos de perforaciones de algunos años de existencia y en los que la pérdida del oído ha sido tolerable y uniforme; pero si en dichos casos hay tinnitus, la sordera se hace casi ó completamente total. Esto viene á comprobar la idea de que el tinnitus, en este caso al menos, es indudablemente de origen nervioso. La sensación de pulsaciones en el oído, combinada con el tinnitus general, es

un síntoma tan común en las personas muy jóvenes (especialmente las anémicas) con pérdida del oído no debida á afección del oído medio, que no conviene darle demasiada importancia. Al mismo tiempo, en los adultos con degeneración del sistema arterial y sordera dependiente de esta causa, debe admitirse que tiene un significado distinto que en los demás casos, y me atrevo á decir esto porque he observado un número considerable de casos en que los pacientes que me han consultado sobre este síntoma han sucumbido al poco tiempo víctimas de una apoplejía.

Otro ejemplo del origen nervioso del tinnitus es la clase de casos conocidos con el nombre de «afección de Menière», que sirve para designar un desorden caracterizado por una serie de síntomas alarmantes para el paciente, pero de ningún modo peligroso para la vida. Estos síntomas empiezan por grandes vértigos, á veces tan intensos que hacen caer al enfermo, pero sin que se pierda el conocimiento; náuseas, y á veces hasta vómitos; sudor; gran postración, que dura horas y hasta días, é imposibilidad de moverse sin sentir vértigos. Después de un ataque de éstos, obsérvase que hay tinnitus y sordera de un oído. Poco á poco estos ataques son menos frecuentes y finalmente cesan, pero la sordera y el tinnitus subsisten. El sitio de la lesión en estos casos es muy incierto, pero seguramente es central y de la región auditiva. No puedo convencerme de que los conductos semicirculares sean el sitio de esta lesión, por muchas razones que no es necesario citar aquí. Estos casos son muy comunes; pero sólo me refiero á ellos ahora para demostrar el origen nervioso del tinnitus, que es uno de sus caracteres diferenciales.

Entre la pequeña proporción de casos en los cuales el tinnitus depende de desarreglos ó alteraciones del oído externo ó medio, pueden incluirse el común del cerumen en el conducto externo y aquel estado catarral en que existe una cantidad de moco en la cavidad timpánica; pero donde principalmente figura este síntoma es en la afección de progreso lento y gradual, insidiosa, de origen oscuro é intratable llamada catarro proliférico del oído medio, ó aquella alteración en toda la membrana del tímpano que causa una sordera progresiva y va acompañada de tinnitus. El tratamiento de esta afección es un problema

que ha preocupado á todos los cirujanos del mundo entero, sin que aun se haya resuelto cómo contrarrestar su principio y cómo mejorar la sordera en los últimos períodos. Existen tres puntos en que se fija en seguida todo el que estudia esta cuestión. Primero, que el aparato del tono es oído perfectamente á través de los huesos del cráneo; segundo, que el catarro ordinario aumenta ligeramente la sordera, demostrando que la membrana timpánica es el sitio de la alteración patológica, y tercero, que en todos los procedimientos operatorios inventados para su tratamiento se ha reconocido que cuando, como medida preliminar, se hace un agujero en la membrana timpánica, en seguida y todo el tiempo que subsista (y sólo suele durar algunos días, tan rápidamente se cierra) la sordera en muchos casos ha disminuído. Puede explicarse esto por disminuirse algo la tensión y porque las vibraciones sonoras llegan al interior sin que las intercepte la membrana timpánica.

Estos son, pues, los puntos que han llamado y siguen aun llamando la atención de los que perseveran en agrandar el campo de la cirugía auditiva respecto al tratamiento de este desorden. El difunto doctor Hinton, del Hospital de Guy, era un hombre de gran inteligencia, hábil y perseverante; y cuando yo estaba diariamente asociado con él en los años de 1869 al 72, no exajero al decir que rara vez pasó un día sin que hiciera una incisión en la membrana timpánica, y por experiencia observó que lo podía hacer sin alterar el oído, y que en cierto número de casos, al contrario, se mejoraba éste después de cicatrizar la herida producida. Debe recordarse, sin embargo, que en sus primeros ensayos eligió casos apropiados, no de verdaderos catarros proliféricos, sino de aquellos en que había razón para creer existía una acumulación de moco dentro de la cavidad timpánica. Los resultados de este procedimiento pueden verse perfectamente detallados en dos tesis del Hospital de Guy. De lo minucioso que era en sus observaciones puede juzgarse sabiendo que acostumbraba mandar sacar un dibujo de la membrana antes de operar (dibujo que tardaba el artista en hacerlo varias horas) y otro después de cicatrizada aquélla. Los casos del Hospital de Guy son bastante elocuentes, pero en los restantes ¿cuáles fue-

ron, generalmente hablando, los resultados? En una pequeña proporción hubo gran mejoría, pero en los casos que ocurrió esto había evidencia de moco en el tímpano (después de la incisión era expelido por el corte hecho). No puedo decir que los resultados fueran satisfactorios en los casos de catarro seco ó proliférico. En esta época también yo ensayaba el mismo tratamiento, y los resultados fueron precisamente los mismos. Si se necesitara mayor confirmación sobre esto, puede obtenerse del doctor Gurves, que en 1874 sucedió al doctor Hinton en el Hospital de Guy, y que publicó sus experiencias en una tesis que puede verse en el *Medical and Chirurgical Society's Transactions*, y donde están anotados de un modo más desapasionado los resultados consecutivos á la incisión de la membrana en estos casos. Nadie podrá, pues, decir que este procedimiento no se ha ensayado bien; siendo la opinión general que son raras las excepciones en que es necesario incindir la membrana, limitándose exclusivamente á aquellos casos en que está bien comprobada la existencia de la secreción dentro del tímpano. (*Lancet*, julio 6.)

109.—Sobre una útil modificación al aparato de Laurenço.

Por el doctor V. Cereseto.

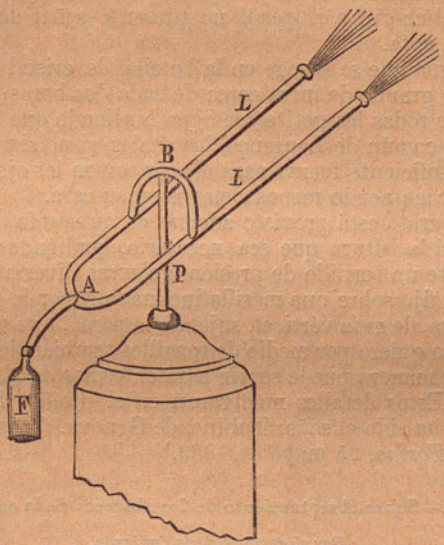
No hablaré de la importancia del aparato de Laurenço, que todo el mundo conoce, que ha prestado á la oculística inmensos servicios y sin el cual no sería posible curar la mayoría de las enfermedades de la córnea (Galezowski); me limitaré solamente á decir algo acerca de sus defectos, ó por mejor decir, de su único defecto, porque á mi parecer este precioso aparato no tiene más que uno.

Este sencillo mecanismo, que no han modificado en nada los fabricantes, tiene un inconveniente grave, que consiste en arrojar á cada instante en los ojos del enfermo gotas de agua hirviendo.

Esto se ha tratado de evitar poniendo delante de la cara del paciente un pañuelo, en el que quedarán detenidas las gotas de agua hirviendo. Pero es ilusorio el perfeccionamiento, porque el agua que sale bajo presión de la caldera no toda se detiene en la tela, sino que una parte de ella la atraviesa para ir á parar igualmente á los ojos. Y cuando

no cae en los ojos lo hace sobre las mejillas, sobre la barba ó en las manos, produciendo siempre una impresión poco agradable. He visto niños que sólo por este motivo se resistían á tomar las duchas de vapor.

Este inconveniente depende de que el agua que se forma en los tubos por la condensación del vapor acuoso sale con el vapor por la misma abertura por no tener una vía de desagüe.



Con la modificación sencilla que he hecho se obvia este inconveniente. El tubo de recogida P, que sale de la caldera, se suelda á otro B en forma de semicírculo con la concavidad hacia abajo. Las extremidades de este segundo tubo se sueldan por encima de dos tubos paralelos L L, que por un lado terminan aisladamente en dos rosetas agujereadas, en las cuales se acumula el vapor que va á caer sobre el ojo enfermo, y por el otro se unen en A, describiendo un semicírculo. En el punto A de su unión se encuentra soldado un tubo encorvado hacia abajo, provisto

de una articulación á rosca, á la que se atornilla una botella de cristal F.

Los dos tubos paralelos son oblicuos, con la extremidad libre hacia arriba. El vapor que se condensa en este sistema de tubos se recoge en forma de agua en el asa A, de donde cae al recipiente.

De esta manera no sale con el vapor la más pequeña gota de agua; he probado hacer funcionar el aparato durante dos horas con un pedazo de papel secante colocado frente al chorro y el papel no presentó señal de la más mínima gota.

El agua que se recoge en la botella de cristal F llena un vaso grande de mesa cerca de cada dos horas; y es la suma de todas las gotitas de agua hirviendo que salen del aparato común de Laurenço, las cuales, si no siempre tienen la suficiente fuerza para chocar contra los ojos del enfermo, caen por lo menos siempre en su cara.

El aparato está provisto además de un sostén para colocarle á la altura que sea necesario, pudiéndosele fijar mediante un tornillo de presión á alturas diversas. Se encuentra fijo sobre una mesilla inclinada, y por lo tanto escurridiza, de guía vértical, sujeta á la pared, que se detiene donde se quiere por medio de tornillos también de presión. De esta manera puede servir para enfermos de alturas diversas. Estos detalles no figuran en el diseño. Su constructor ha sido el señor Tubino, de Génova. (*Gazzetta Medica di Torino*, 25 mayo de 1889.)

110.—Sobre el tratamiento de los abscesos de la córnea.

Por el doctor García Calderón.

La córnea, como todos los tejidos en general, está sujeta á infiltraciones purulentas que pueden ser difusas ó coleccionadas á manera de abscesos. La infiltración simple puede producir una alteración en la transparencia de la córnea, que varía de intensidad y de extensión según el elemento morboso que la determina. El absceso corneal puede reabsorberse ó desaparecer, dejando más ó menos íntegra la transparencia de la córnea. Algunas veces el absceso ó la reunión de varios puntos de infiltración profundizan la córnea y dan lugar á una mancha blanquecina,

producto de su esclerosis. Si el absceso se abre al exterior, puede limitarse el proceso, y con una cura *ad hoc* ó con la compresión se convertirá en una simple úlcera de la córnea, pérdida de sustancia que dará por resultado una cicatriz más ó menos transparente. Suele suceder muchas veces que la membrana de Descemet forma hernia en la úlcera, produciéndose un queratocele. Si el proceso, por el contrario, marcha de fuera adentro é invadiendo la membrana de Descemet la corroe y ulcera, se formará un hipopión de la cámara anterior. Si, por último, se perfora completamente la córnea, se presentará una hernia del iris con todas sus consecuencias. Respecto al pronóstico de los abscesos de la córnea, es más ó menos grave, según su posición; por las complicaciones, es más grave el periférico ó el que está próximo al limbo esclero-corneal; bajo el punto de vista óptico, es más grave el absceso central. Finalmente, los abscesos pueden ser múltiples, y en este caso se agrava el pronóstico.

Para su tratamiento recomienda el autor observar bien si la lesión es primitiva ó secundaria; si existe una lesión de los párpados, una oftalmía purulenta, un traumatismo ó dacriocistitis, se deben curar estas lesiones al mismo tiempo que el absceso corneal. El absceso de la córnea puede ser resultado de una queratitis neuro-paralítica, y reclama un tratamiento especial para combatir el trastorno de la inervación, al par que la cura local. Los abscesos de la córnea que no dependen de lesiones de los tejidos adyacentes son determinados por una flictena, un cuerpo extraño, una pústula variólica, etc., y su frecuencia es mayor en los niños que en los adultos.

El tratamiento que se emplea es antiséptico y antiflogístico: Acido bórico, al 4 por 100; sublimado corrosivo, al $^1/_2$ por 1.000, como antisépticos. Como antiflogístico, la eserina.

Sulfato de eserina.	0,04 gramos.
Agua destilada.	10,00 —

Para instilar dos gotas tres veces al día si el absceso corneal es por decirlo así intacto. Si está ulcerado ó en vía de verificarlo, el autor da la preferencia al salicilato de eserina á la misma dosis. El empleo de las sales de pi-

locarpina á la dosis de 0,20 centigramos por 10 gramos de agua destilada no ha dado resultados tan eficaces como la eserina.

A veces es útil la aplicación de fomentos calientes de sustancias aromáticas. Después se aplica un vendaje compresivo que puede renovarse. Si el dolor es intenso se usará la cocaína sola ó asociada á la eserina, al propio tiempo que la antipirina á la dosis de 2 á 4 gramos. En el caso en que el absceso es central y pequeño, y no hay amenaza de perforación de la córnea, debe condenarse el uso de la atropina, que aumenta la tensión ocular y el peligro á la perforación.

Es importante decidir cuándo se debe intervenir quirúrgicamente en los abscesos corneales. Cuando instituída la cura mencionada persiste el dolor y el absceso aumenta y comprime, ó si el hipopión es considerable ó aumenta desproporcionadamente la tensión ocular, se practica la paracentesis de la cámara anterior para impedir la sepsis ocular. Inmediatamente disminuyen los fenómenos flogísticos y la tensión ocular. Cuando el absceso no está abierto no hay inconveniente en puncionarle directamente, siguiendo todas las reglas antisépticas. Cuando existe hipopión se verifica la punción á distancia del absceso, en el punto que se crea más favorable. La segunda operación que se suele practicar en el tratamiento quirúrgico de la córnea es la queratotomía de Sacmich. Esta operación es útil cuando el absceso es difuso. La operación se practica con el cuchillete de Graefe, haciendo la punción de la córnea al nivel del diámetro horizontal del absceso ulcerado, penetrando en el tejido sano; la contraabertura se verifica en un punto diametralmente opuesto y en un tejido igualmente sano. La contraabertura se debe hacer con precauciones, á fin de que el humor acuoso salga poco á poco y no precipite al iris contra los labios de la herida.

Hecha la operación, el hipopión desaparece y el absceso mejora. Cuando el absceso de la córnea resulta de una afección palpebral, hay que combatir simultáneamente la afección primitiva y la complicación. Por último, si nos encontramos en presencia de un absceso que ha producido una vasta destrucción de la córnea con hernia del iris, no hay inconveniente en escindir el prolapso iridiano y con-

tinuar con la eserina y las curas antisépticas con sumo rigor. Podrán ser útiles las cauterizaciones cuando el absceso de naturaleza infecciosa se haya transformado en úlcera infectante. (*La Medicina Práctica. Gazzetta Medica di Torino*, 5 mayo de 1889.)

OBSTETRICIA Y ENFERMEDADES DE LA MUJER, ETC.

111.—Sobre los síntomas, curso y tratamiento de la gestación extrauterina.

Por S. Matthews Duncan, ginecólogo del Hospital de S. Bartolomé, Londres.

No hay síntomas definidos de este estado, aparte de los del embarazo, sirviendo sólo los signos y los accidentes de base para el diagnóstico muchas veces dudoso. El embarazo abdominal tiene poquísimos síntomas, pudiendo llegar su término sin que se sospeche más que un embarazo normal. La delgadez de las cubiertas del feto, apreciada á través de la pared abdominal, puede ser muy notable, especialmente si hay hidramnios. Cuando la placenta está insertada en los intestinos, generalmente sobre el colon, se cree hay propensión á catarro intestinal y diarrea, estando á veces las evacuaciones manchadas de sangre. Puede haber punzadas y dolores, que varían según los diferentes casos, y recientemente, en uno de la sala Martha, hubo retención de orina. Puédese observar un soplo en el tumor isócrono con el pulso de la madre, y como últimamente en dos casos de la misma sala, el corazón fetal puede tener una posición anormal, oyéndose mejor sus latidos con el estetócopo aplicado sobre el conducto inguinal. Reconocido un caso muy al principio de dicho estado, puede ser imposible apreciar algo anormal, ó sentirse en la región de una trompa ó detrás del útero un tumor redondeado y movible del tamaño de una nuez ó un huevo, el cual al crecer suele empujar el útero hacia adelante y un poco hacia arriba. Toda la masa se fija en la pelvis, teniendo una consistencia elástica ó sólida como la de un útero grávido retrovertido, una masa perimetrítica ó un hematocele. Si sobrevive el feto ó si se desarrolla la placenta, como sucede algunas veces después de morir el feto, el tumor aumenta de volumen, pero no suele cambiar de forma y

posición como en el embarazo uterino. Un embarazo abdominal avanzado se asemeja mucho á uno natural; pero se puede apreciar perfectamente al tacto el útero muy agrandado, y como ya se ha dicho, colocado generalmente delante del saco fetal, del que está separado. El cuello uterino sufre modificaciones como en el embarazo, pero sus caracteres no son tan marcados y por lo tanto no tan apreciables. Este punto necesita más estudio. En casi todos los casos es tubario, y en la mayoría de ellos el feto muere pronto sin ninguna causa aparente. El curso del embarazo es así suspendido, y la leche generalmente aparece en los pechos si el feto no está muy al principio de su existencia. Los síntomas desaparecen, y percibiéndose los latidos del corazón fetal, la mujer vuelve á sentirse perfectamente hasta que después de algunos años se descubre fácilmente la presencia del saco fetal arrugado y como momificado. Con cuanta frecuencia se observa el curso favorable y cuanto tiempo dura nadie puede decirlo, si bien me atrevo á asegurar que es más frecuente de lo que hoy se supone. De los cambios que pueden ocurrir no diré casi nada: supuración del saco y evacuación de su contenido, como sucede en los abscesos perimetríticos; descomposición del feto y evacuación de todo el contenido del saco, momificación del feto como en el aborto simulado ó la formación del litopedión.

Un accidente extraordinario en la gestación extrauterina es la ocurrencia de una hemorragia uterina, generalmente ligera á intervalos irregulares y algunas veces acompañada de aborto ó dolores de parto y la expulsión de la caduca. Puede también no haber hemorragia, ni dolores de parto, ni expulsión de la caduca. La hemorragia puede ser periódica, asemejándose á una menstruación. La caduca puede ser expulsada en pedazos ó entera de una sola vez, y sólo cuando lo es de este último modo, rica en vasos sanguíneos y del espesor de uno ó dos peniques, puede considerarse como un signo de gestación extrauterina. Ya conocéis los pequeños copos de membrana mucosa expulsados algunas veces en la menstruación normal y en la dismenorrea membranosa. En esta última se evacua una membrana tenue y casi siempre lacerada. Según mi propia experiencia, puedo decir que sólo he visto que se evacue la

caduca gruesa entera y rica en vasos en la gestación extrauterina y en casos de aborto temprano.

Hay razón para creer que el dolor de las fuertes contracciones tubarias es intenso y que las mujeres sienten éste en ó antes de la rotura, ocurriendo entonces frecuentemente que de un modo simultáneo el útero expulsa la caduca por contracciones uterinas apropiadas. La contracción tubaria produce rotura y la uterina separación y expulsión de la caduca. Algunas veces, no siempre, la expulsión de la caduca coincide con la muerte del feto. La caduca puede ser expelida y el embarazo avanza. Una gestación tubaria generalmente, pero no siempre, se rompe, siendo una consecuencia el grave accidente de colapso anémico por rotura del saco y hemorragia intraperitoneal. Este puede ser el primer indicio de la existencia de dicho embarazo morboso, presentándose rara vez cuando no es sospechado éste. Generalmente ocurre antes del final del segundo mes.

En el estado de colapso no suele ser posible reconocer la hemorragia por el examen físico, ó puede estar el útero comprimido algo hacia adelante, tocándose un tumor en forma de saco detrás de él. Como es de esperar, la hemorragia generalmente llena primero la bolsa de Douglas y después las partes adyacentes. Juzgando por un caso recientemente observado por mí y otros, puedo asegurar que la hemorragia puede ser grande sin que se llene la bolsa de Douglas, extendiéndose la sangre por los lados y por debajo de los intestinos. En los casos ordinarios, si la mujer sobrevive pronto, es decir, á las veinticuatro ó treinta y seis horas, observaréis los caracteres del hematocele generalmente retro-uterino. En ninguno de los muchos casos por mí observados he visto un hematoma del ligamento ancho, y debajo de él un estado que pueda ser producido cuando un embarazo tubario se rompe dentro de los tejidos separando los haces de dicho ligamento. He visto casos en los que el colapso más grande no iba acompañado, según acabo de decir, de signo físico de hemorragia en la pelvis, y no debe olvidarse que está plenamente demostrado que el colapso producido por la rotura y la hemorragia intraperitoneal puede ser intenso, no estando en proporción con la cantidad de sangre perdida.

Esta hemorragia intraperitoneal es un accidente terri-

ble, y según se cree es siempre fatal, ya sea primitivamente ó bajo la forma de hematocele. Este no es el caso. Muchos mueren; muchos no son nunca diagnosticados precisamente de hematocele, y tratados como tales ha resultado la curación completa. Hace bastantes años me llamó una enferma diciéndome tenía dolores de aborto, enseñándome lo que consideraba como el huevo sin que fuera más que una caduca uterina completa. Pocas horas después tuvo un colapso profundísimo que duró cerca de dos días. Al principio se descubrió una fluctuación en la bolsa de Douglas, pero antes de que desapareciese por completo el colapso se observaron todos los signos físicos del hematocele retrouterino. Debido á la lentitud con que se verificaba la absorción, abrí el saco con un bisturí por la vagina, y en seguida me arrepentí de haberlo hecho así, encontrándose restos de corion en las evacuaciones sanguíneas. Esta mujer tuvo después niños. Poco tiempo después vi, con algunos colegas eminentes, un caso de esta clase en el que el embarazo tenía sólo algunas semanas de existencia, pero sin que hubiera evacuado la caduca. El examen por la vagina no descubrió nada anormal y la curación del colapso fué rápida y completa. El embarazo siguió su curso, extrayéndose por la laparotomía un feto muerto de ocho meses. Téngase presente la observación importante en este caso de que la rotura del saco no detuvo el curso del embarazo y que no se expulsó la caduca.

Sábese que los tejidos embrionarios encerrados en la cavidad peritoneal proceden de los mismos tejidos no embrionarios, y estos hechos comprueban algo la opinión de que el embrión ó aun el feto puede ser absorbido. La absorción del feto de algunos meses de edad ha sido comprobada sólo últimamente, pero muchos creen en la absorción de un embrión reciente. No puedo probarlo, pero no lo dudo. Cuanto más reciente es el embrión, más fácilmente se cambiarán y absorberán sus tejidos delicados. No puedo aún precisar cuál será la edad del feto así alterado en la cavidad peritoneal; pero es casi seguro que uno de seis semanas, cuando la osificación ha empezado, puede desaparecer por completo de este modo. Se han descrito casos de gestación extrauterina en los que con la laparotomía no se encontraron estructuras del óvulo y sí sólo sangre,

habiendo yo visto uno de éstos. Pero el diagnóstico en estos casos debe ser erróneo, porque yo creo que mucho antes de la absorción del huevo la sangre debe ser absorbida. Indudablemente en algunos de estos casos el diagnóstico, á pesar de no haberse podido encontrar el huevo con la la parotomía, puede ser correcto, porque quizás no se hayan explorado bien todas las bolsas del hematocele ó de la hematoma. Donde no se encuentren tejidos del huevo después de un detenido examen, el diagnóstico será hematocele. El hematocele es cierto, mientras que la gestación extrauterina es al menos dudosa. También he observado, cuando no se pensaba en hacer en seguida la laparotomía, ataques repetidos de peritonitis aguda, producidos por roturas de las adherencias circunvecinas consecutivas al desarrollo del saco fetal.

Tratemos ahora de la difícil cuestión del tratamiento, admitiendo ante todo que muchos casos no necesitan ninguno. Hay muchos casos en los cuales nunca es sospechada la afección; muere el feto y queda como enterrado, encontrándosele accidentalmente en una autopsia. El único buen ejemplar de litopedión que he tenido fué así descubierto. He tenido varios casos en los que el primer indicio de la afección fué la expulsión de huesos fetales, asunto al que ya he aludido. Hemos tenido casos en la sala de Martha en los que la afección fué perfectamente diagnosticada, oyendo el corazón fetal, y en los que no se hizo nada, muriendo el feto mientras la enferma estaba en la sala; y en algunos de estos casos sabemos que la enferma está en buen estado de salud con el feto muerto y momificado en el abdomen. Esta momificación ó enterramiento no impide el que se verifique otro embarazo extrauterino ó normal y el parto normal, pero indudablemente es una constante amenaza á la salud y vida de la mujer.

La muerte del feto casi siempre implica la paralización del curso del caso, desarrollándose algunas veces, no siempre, la placenta después de aquélla. De aquí el que naturalmente sea una gran indicación para el tratamiento asegurar la muerte del feto. Podemos decir que antes del moderno entusiasmo por la laparotomía era el único tratamiento de un caso progresivo. Ahora bien; ya os he dicho que con mucha frecuencia y sin causa alguna aparente el

feto muere pronto, lo cual da idea del valor del difícil tratamiento feticida. Para asegurar la muerte de un feto pueden adoptarse tres métodos: extraer el líquido amniótico, inyectar la morfina dentro del saco fetal ó feto y la electricidad ó galvanismo. Con la paracentesis del saco amniótico no se consigue nada en el embarazo normal ni en el extrauterino, sucediendo lo mismo con los otros dos métodos. No tengo fe en ninguno de ellos, y conviene recordar que con ninguno hay seguridad de no hacer daño, aun cuando se hagan con gran cuidado. Cualquiera de ellos puede terminar con la débil vida del feto; ninguno de ellos, ni aun combinados, asegura esta terminación. Viene luego la extirpación por una operación quirúrgica, principalmente por la laparotomía. Tendréis, como últimamente en la sala Martha, casos en los que presentándose el saco fetal por la vagina ó el recto haga posible su salida por dichos orificios. Pero en general es á la laparotomía á lo que recurriréis.

Cuando el feto es ya viable, ó está muy avanzado en su desarrollo, hay que pensar en la laparotomía, teniendo presente el gran peligro de que sobrevenga una hemorragia por separación de la placenta, no disponiendo de medios seguros para cohibirla. Lo mejor, hasta ahora al menos, es tocar lo menos posible á la placenta y conservar el saco vaciado bien aséptico después de la extracción del feto. El peligro de hemorragia se disminuye mucho cuando lleva el feto mucho tiempo muerto, algunas semanas por ejemplo, y puede muy bien suceder que para asegurar dicha disminución de peligro sea recomendable el retrasarla. Al principio, cuando hay colapso anémico, se ha recomendado, pero rara vez se ha hecho, la laparotomía inmediata ó primaria. La enferma se halla en tan grave estado, que el cirujano no cree conveniente intervenir por miedo de que muera en la operación. Además el diagnóstico suele ser inseguro, teniendo de ello ejemplos en la sala Martha. No creo necesario entrar en detalles, diciendo sólo que en la historia incompleta tuvimos síntomas ordinarios y signos de embarazo y de hematocele que se presentaron repentinamente con colapso profundo y dolor cuando estaba en la sala, principalmente en la región hipogástrica. Decidimos esperar, abortando un feto de seis

semanas y murió. Las vísceras en el techo de la pelvis estaban pegadas por inflamación reciente, y había una úlcera perforante del estómago y peritonitis purulenta aguda cerca de él. La operación de la laparotomía y extirpación ha sido hecha con éxito en ó cerca del período de colapso, pudiendo hoy decir que ahora es un procedimiento muy en boga.

Nadie puede aún presumir cuál será el último resultado del presente entusiasmo por la cirugía abdominal. En la gestación extrauterina mucho puede aún hacerse antes de que se defina bien la utilidad de la laparotomía. Necesitamos conocer más el curso natural de la afección, la anatomía y tener más experiencia en la laparotomía. Mucho se ha conseguido ya seguramente con la laparotomía hecha con prudencia, y mucho puede aún esperarse en el porvenir. (*Lancet*, julio 13 de 1889, pág. 53.)

112.—Sobre la autoinfección en ginecología.

Por el doctor Kaltenbach, de Halle.

Las afecciones puerperales son debidas á microorganismos que, ó bien obran por su sola presencia (infección), ó bien por sus productos de secreción (intoxicación). Estos dos procesos son rara y difícilmente disociables, y lo que se denomina en obstetricia infección es una cosa de extraordinaria complexidad.

La forma más importante de la infección puerperal es la que toma su origen del exterior (infección por tacto); sus fuentes son los cadáveres, las secreciones de las heridas y los loquios de las paridas enfermas. Después vienen los casos de infección, derivados del organismo mismo y considerados ya por Semmelwieiss como autoinfeciones.

La demostración de la existencia de numerosos microorganismos en las secreciones genitales de las mujeres sanas ha llevado la cuestión de la autoinfección á un terreno sólido.

Desde hace mucho tiempo, apoyándose en la observación clínica, ha demostrado Kaltenbach que la cavidad uterina debía estar exenta de gérmenes, lo que han confirmado los estudios bacteriológicos de Winter y de Doderlín. Por consecuencia, se debe considerar la autoinfección

como la entrada en acción de microorganismos existentes antes del parto en las secreciones vaginales.

Muchos tocólogos tienen por ilógica la división precedente de hetero y autoinfección, y combaten las medidas tomadas contra esta última. La doctrina de la autoinfección se funda por completo en la demostración de organismos patógenos en los órganos sexuales de las mujeres sanas.

Kaltenbach cree que la secreción sero-mucosa que acompaña al trabajo del parto arrastra y lleva hacia el exterior los gérmenes fijos en las paredes del canal; no quedan en él generalmente más que algunos, que á consecuencia de la marcha rápida del trabajo y del libre derrame loquial quedan sin acción. Dejan, por el contrario, de ser despreciables y sin peligro desde el momento en que es insuficiente la limpieza de las partes, como sucede en los casos de rotura prematura de las membranas, de partos lentos, de huevo macerado; ulteriormente es preciso también tener en cuenta su penetración en la cavidad del útero y del huevo, la retención de los restos ovulares, las contusiones sufridas por las partes blandas, la estancación de las secreciones y, por último, la producción en el curso de las consecuencias de los partos de heridas nuevas aptas para la infección.

Deben distinguirse los microorganismos en cuestión, en patógenos y no patógenos. ¿Se debe conceder á un solo estreptococo una acción especial y una atención preponderante? Estas son cuestiones incompletamente resueltas.

A decir verdad, las formas más graves de la fiebre puerperal, en las que se han encontrado los estreptococos, reconocían por origen una heteroinfección, en tanto que las enfermedades producidas por la autoinfección son más á menudo benignas y se explican por la preexistencia en la vagina de agentes de la supuración ó de la putrefacción. La acción de los microbios de la putrefacción es más fácil de comprender aquí que la de los microbios de la supuración. Kaltenbach recuerda las inoculaciones hechas por Winter con cultivos puros (procedentes de secreciones vaginales) de estafilococos y su resultado negativo.

Nada preciso se sabe acerca del papel que otros microorganismos patógenos pueden desempeñar en la autoinfec-

ción; es únicamente verosímil que el gonococo puede ser peligroso para la madre tanto como para el hijo (parametritis en la madre, oftalmía blenorrágica en el niño).

El autor considera también verosímil que los estreptococos de la erisipela y de la septicemia pueden existir en la vagina mucho tiempo antes del parto y ser después de éste origen de accidentes puerperales.

Gran número de autoinfecciones provienen de la introducción en la cavidad uterina, anteriormente exenta de gérmenes, por el dedo, por la mano del tocólogo, de secreciones vaginales que contengan microbios. Se deben temer las manipulaciones en el área placentaria y los obstáculos inseparables al parto que pudieran determinar la penetración por aspiración de microorganismos en la cavidad del huevo. Los traumatismos, las violencias brutales durante la exploración ó el alumbramiento artificial, desempeñan igualmente un papel importante. Lo mismo ocurre con la rotura prematura, que dificulta el lavado del canal genital, y á consecuencia de la prolongación del trabajo, da tiempo á los gérmenes de multiplicarse; con el taponamiento de la vagina, aun cuando se haga con materias antisépticas; de la retención de las membranas, de la placenta, de coágulos.

Estas formas de autoinfección son las más graves, porque interesan la cavidad uterina y la zona placentaria. Aun después de la extracción de los restos del huevo y el lavado de la cavidad uterina, la fiebre persiste y la autopsia demuestra que no se trataba de una intoxicación pútrida, sino de una verdadera infección que descubre la invasión de los trombus por bacterias. Kaltenbach piensa que la peritonitis que sigue á la autoinfección resulta de una propagación tubaria; tendrá, en cuanto á la marcha y á la terminación, una fisonomía diferente de la linfo-peritonitis; se enquistará en el fondo de saco de Douglas, y curará con frecuencia después de la abertura espontánea ó artificial.

Como última forma de autoinfección menciona el autor la penetración de las secreciones loquiales en las heridas reabiertas ó nuevamente hechas (perineorrafia secundaria, cistitis por cateterismo).

¿Cuáles son las consecuencias prácticas de esta concep-

ción de la autoinfección? Como lo prueban las experiencias de Steffeck y Doderlin, es muy difícil hacer aséptico el canal genital, que sería el remedio radical contra la autoinfección.

La limpieza con cepillo ó por frotamiento no es práctica y expone á peligros. Tampoco es, por lo demás, necesaria. Basta una simple inyección vaginal profiláctica.

Desde el verano de 1883, toda parturiente que entra en el servicio de Kaltenbach recibe una inyección de sublimado al 1 por 1.000 ó 1 por 3.000; esta inyección tiene por objeto impedir que desde el principio del trabajo se transporten microbios vaginales á la cavidad uterina ó á la del huevo por medio de exámenes reiterados é inhábiles. No considera como indispensable la completa destrucción de los gérmenes; procura en lo posible únicamente arrastrar al exterior los que están en la superficie y hacer incapaces los otros de perjudicar durante cierto tiempo. Si el trabajo dura mucho, se reiteran las inyecciones con desinfectantes más débiles.

Ahlfeld ha usado en Marbourg, un poco después que Kaltenbach, esta inyección vaginal preliminar, y ha notado un descenso marcado de la morbilidad. Observaciones semejantes se han hecho en Leipzig, Dresde y Hanover.

Durante los seis años que ha estado al frente de las clínicas de Gienssen y de Halle, Kaltenbach nunca ha observado ni parametritis ni endometritis. En 1.500 partos sólo ha observado tres casos de afecciones puerperales graves con dos muertes; en ellos se trataba de graves heteroinfecciones cuyo origen es conocido.

Las ascensiones de temperatura de más de 38 grados, independientemente de toda enfermedad intercurrente, descendieron en los dos últimos años á 10 y 13 por 100, atribuyéndolas á una mínima heteroinfección ó á la infección por los loquios.

Cree que en las maternidades la inyección profiláctica es la condición *sine qua non* de un buen estado sanitario. La recomienda á los médicos, pero no precisa en qué circunstancias deben hacerlas las parteras.

En estos casos particulares la inyección vaginal profiláctica constituye una indispensable medida de precaución. Antes de toda intervención manual se debe empezar por

desinfectar la vagina. El médico debe saber que con instrumentos y manos limpias puede determinar indirectamente afecciones graves de las heridas. También en ginecología las consecuencias favorables de las operaciones no dependen exclusivamente de la asepsia de las manos y del material, sino ante todo de la desinfección completa de todo el campo operatorio. (Tercer Congreso alemán de Ginecología, *Centralblatt für Gynækologie*, 6 julio de 1889.)

113.—Instrucción para las parteras respecto á la profilaxia de la fiebre puerperal.

El ministro encargado de los asuntos médicos en Prusia ha hecho aparecer una instrucción detallada á la que se han de ajustar las parteras. En las consideraciones preliminares expone que todos los años sucumben millares de mujeres de fiebre puerperal, fácil de evitar y difícil de curar.

Las comadronas observarán en todo tiempo la más exquisita limpieza; pero en presencia de una parturiente ó parida, sus manos, brazos y vestidos serán escrupulosamente lavados y limpios. Las mangas estarán dispuestas para poder ser levantadas hasta la mitad del brazo; un gran delantal de tela clara y recién lavado cubrirá la parte anterior de sus vestidos. Las uñas se cortarán al rape, dejando lisos sus bordes y lavándolas con jabón y cepillo. A los instrumentos prescritos, y de que deben estar provistas, añadirán un delantal limpio, cepillo de uñas, jabón y una toalla limpia; un frasco que contenga 90 gramos de ácido fénico líquido puro, que lleva escrito en su etiqueta «atención», para emplearse únicamente en solución debida; una copa graduada para medir 15 ó 30 gramos de ácido fénico, un termómetro, un irrigador con tubo de cautchuc y cánula de cristal.

Llamada al lado de una parturiente, la partera preparará inmediatamente dos litros de agua fenicada, empleando 30 gramos de ácido fénico por litro. Cuidará todo lo posible de que las ropas de la cama estén limpias. Antes de hacer un examen interior, se lavará las manos y los brazos con jabón y agua tibia previamente hervida; si es posible, sumergiéndolas en seguida en agua fenicada. Después del parto se lavarán los órganos genitales con agua hervida,

secándolos luego con huata. Los órganos genitales de la parturiente no se lavarán nunca con esponjas, sino con huata. Las inyecciones vaginales é intrauterinas sólo se harán por indicación del médico ó en casos especificados por las instrucciones, pero no podrán hacerse más que con agua fenicada.

La comadrona hará todo lo posible por no ponerse en contacto con personas afectas de supuración, de peritonitis, de metritis, de erisipela, de escarlatina, de difteria, de viruelas, sífilis, blenorragia, fiebre tifoidea, cólera y disentería. Si ha estado en contacto con estos enfermos, ó con una parida cuyos loquios tengan mal olor, lavará sus manos, así como los brazos, con agua fenicada, lo menos durante cinco minutos, y desinfectará igualmente los instrumentos empleados. Si se encuentra en la casa alguna persona que padezca dichas enfermedades, no podrá visitar ninguna otra parturiente ó parida sino después de desinfectarse y cambiar de vestidos. Pero si una persona afecta de alguna de aquellas enfermedades se encuentra en su casa, ó si cuida en su clientela enfermas que padezcan fiebre puerperal, peritonitis y metritis puerperales, deberá pedir instrucciones al médico de la demarcación ó consultar á otro. Durante todo este tiempo le está prohibido visitar á una mujer embarazada, así como á las parturientes ó paridas, salvo en los casos de fuerza mayor. Aun entonces deberá lavar previamente todo su cuerpo, desinfectarse y ponerse vestidos nuevos y limpios. (*Berliner Klinis. Wochenschrift. Gazette Hebdomadaire*, 6 septiembre de 1889.)

114 —Sobre el tratamiento de la metritis crónica.

Por el doctor Dumontpallier.

El autor resume más de 120 observaciones de endometritis crónicas mocopurulentas, piohemorrágicas y hemorrágicas, que ha tratado exclusivamente con los lapiceros de cloruro de zinc, dejados de un modo permanente en la cavidad uterina con éxito excelente.

Procede de la manera siguiente: Después de un lavado de la cavidad vaginal por medio de una solución fenicada al céntimo, ó con el licor de Van Swieten, mide la cavidad uterina con una bujía de goma elástica untada de gliceri-

na y iodoformo; luego introduce un lapicero de cloruro de zinc apropiado á las medidas de cada caso particular, y de manera que su extremidad superior toque el fondo de la cavidad uterina y su extremidad inferior no pase del orificio externo del cuello. En seguida de haber lavado nuevamente la cavidad vaginal, para quitar toda partícula cáustica, se coloca un tapón de algodón hidrófilo en el fondo de saco posterior y se sostiene el lapicero con un tapón rodeado de gasa iodoformada. En cuanto empieza á obrar el cáustico la contracción uterina le fija de una manera definitiva.

En la endometritis hemorrágica, cualquiera que fuera su antigüedad y gravedad, la hemorragia se detuvo á poco de introducir el cáustico. En las formas moco-purulentas y piohemorrágicas se suspendió el derrame inmediatamente. El dolor es variable: ora se produce en el momento de la aplicación del cáustico, ora algunas horas después. Su intensidad varía como su duración; afecta en general la forma de cólicos uterinos con irradiaciones lumbares. Desaparece siempre al cabo de veinticuatro horas. En algunos casos, y con escaras muy profundas, el dolor falta por completo. La presencia del cilindro de cloruro de zinc en el útero no provoca ningún accidente general; existe, sin embargo, con frecuencia, insomnio la primera noche. En buen número de casos se observa la retención de orina, sea de origen reflejo, sea debida á la compresión ejercida por el tapón vaginal; pero en todos estos casos, con el cateterismo ó quitando el tapón, se hace cesar este ligero accidente. Una vez cerrada la escara, es decir, á las veinticuatro ó treinta y seis horas de la cauterización, sin ningún fenómeno general, empieza la enferma á perder serosidad y después moco-pus. Rara vez tiene este líquido una coloración rosada; nunca hay hemorragia. Los pocos cólicos uterinos que se observan son siempre muy ligeros. La escara se elimina de los cuatro á los trece días; pero pasado este último espacio de tiempo nunca queda la menor porción de ella en el útero. La eliminación de la escara se verifica en una sola masa ó en porciones. Cuando la escara se elimina en una época próxima á la cauterización, reproduce con bastante exactitud la forma y las dimensiones de la cavidad uterina; es á menudo más gruesa á nivel del orificio interno del cuello

y más delgada hacia el fondo de la cavidad uterina. En la escara se encuentran todas las partes que constituyen la pared de la cavidad; se puede decir que se eliminan todas las partes enfermas y que la pared es reconstituída por elementos nuevos. En tales circunstancias, la curación es casi forzosa.

En 100 casos el autor ha observado 96 curaciones sin accidentes y 4 casos de inflamación periuterina de naturaleza benigna y terminados felizmente. En 3 casos fueron debidos á que las enfermas se levantaron de la cama el día mismo de la cauterización; en el cuarto, á que se hizo mal la introducción del lapicero. Ha empleado este método en varios casos, en los que al mismo tiempo que la endometritis existía una inflamación periuterina, y en ellos, no solamente no fué funesta la cauterización, sino que pareció influir ventajosamente la marcha de la complicación periuterina. La curación puede considerarse como definitiva del noveno al décimoquinto día, es decir, á los dos días de la caída de la escara. Las reglas se presentaron en varios casos antes que las enfermas abandonaran el hospital, pudiendo con frecuencia el autor comprobar, por medio del cateterismo, la integridad de la cavidad cervico-uterina. No ha observado la producción de la atrepsia del cuello; pero ante el temor de que sobreviniera, cuidó siempre de practicar el cateterismo preventivo veinte á veinticinco horas después de la cauterización. La menstruación post operatoria no fué dolorosa y tuvo una duración normal. Jamás existieron signos de salpingo-ovaritis. Cuatro de las enfermas presentaron, después de su cauterización, síntomas del principio del embarazo. En resumen, el tratamiento de la endometritis crónica por medio de los lapiceros de cloruro de zinc, dejados de una manera permanente en la cavidad uterina, presenta, pues, ventajas reales á causa de su simplicidad, su inocuidad y la rapidez de la curación. (*Gazette Hebdomadaire, etc.*, 14 de junio de 1889.)

115.—Sobre el tratamiento de la placenta previa y métodos para cohibir la hemorragia.

Por J. Braxton Hicks, médico ginecólogo del Hospital de Santa María, Londres.

Aceptando como regla el que tan pronto como haya seguridad de que se trata de una placenta previa debemos hacer todo lo posible para terminar cuanto antes el embarazo, preguntamos: ¿cómo y de qué manera podemos hacer esto? Ante todo creo sea conveniente, para simplificar la cuestión, fijarnos en los puntos principales que tenemos que combatir.

Primeramente, deseamos prevenir una hemorragia ulterior; después, queremos vencer la resistencia que presenta la sustancia de la placenta al paso del feto. Pero también no podemos, en la mayoría de estos casos, prescindir del estado de anemia de la enferma, consecutivo á la hemorragia ocurrida ya, y que algunas veces es tan grande que el menor movimiento, el simple reconocimiento ordinario, extingue el pulso. Indudablemente en todos los casos es conveniente hacer las manipulaciones con la mayor suavidad posible, eligiendo, especialmente en los casos más graves de anemia, el método que menos moleste.

Permitidme explique de un modo más completo estos puntos: 1.°, la hemorragia puede ser cohibida por presión, taponamiento por la cabeza, comprimida por los esfuerzos uterinos ó encajada por el forceps, ó por la pierna y nalga cuando se presentan ó se sacan por la versión. Respecto á la presión por taponamiento, creo que la generalidad de los tocólogos ingleses están contra su uso, en parte porque á menos que se haga perfectamente, lo cual es difícil, no es práctica, y aun bien hecha, es muy depresiva para la enferma, especialmente si es necesario, como suele serlo, el renovarla para impedir la generación séptica. Sin embargo, tiene algunas ventajas, porque distendiendo el techo de la vagina dilatamos también el orificio uterino y se provoca la acción uterina. Pero obra con lentitud, no teniendo la precisión que se consigue con los métodos más recientes.

La acción uterina sola bastará en algunas ocasiones para producir una presión suficiente sobre la superficie in-

terna de la placenta que cohiba la hemorragia, aunque es necesario que la cabeza llegue al orificio uterino antes de que pueda hacerlo de un modo eficaz; de modo que si encontramos el cuello uterino completamente dilatado, la placenta marginal y las membranas tensas, debemos romper éstas, y si desciende la cabeza, no ocurrirá ninguna hemorragia ulterior, dejándose llegar el caso á su término natural. Pero prácticamente hablando, estos casos no son los más frecuentes. Si la placenta estuviera principalmente sobre el cuello uterino dilatado, después de rotas las membranas, la cabeza no descenderá bien, estorbada por aquélla, siendo entonces nuestro mejor plan comprimir la placenta á un lado y aplicar el forceps bajando la cabeza y sosteniéndola en el cuello por suaves presiones sobre el forceps hasta que los dolores sean suficientes para expeler la cabeza.

Pero es muy posible que no dispongamos de un forceps y por cualquier razón no se pueda llegar al cuello con la mano. Entonces estamos en la necesidad, para salvar á la enferma, de llevar las nalgas al cuello uterino por medio de la versión, lo cual puede hacerse introduciendo suavemente la mano á través del cuello, cogiendo la pierna y atrayendo la nalga, ó por versión externa é interna combinadas. Naturalmente, si se presentase la nalga por sí, se fija en el cuello y se saca la pierna, y se sujeta con la mano de modo que el peso del brazo ejerza la suficiente presión para prevenir una hemorragia ulterior. El objeto principal de estas maniobras es producir bastante presión, pero no demasiada, para cohibir la hemorragia. Lo mismo al emplear el forceps que la versión, en cuanto la cabeza ó la nalga encaje en el cuello uterino, se ha cumplido el objeto, bastando un poco de tracción después que empiecen los dolores para que se verifique el parto, que deberá dejarse sea natural. Así ganamos tiempo, que podemos dedicar á sostener las energías de la enferma mientras se equilibra la circulación. Cuando el cuello está completamente dilatado, la adaptación completa de la cabeza ó nalga es seguida á la una ó dos horas por la acción uterina. Suponiendo que el cuello no esté suficientemente dilatado para introducir el forceps ó practicar la versión, puede dilatarse por medio de sacos, ó si no se tienen á mano se introdu-

cen uno á uno los dedos hasta obtener la dilatación deseada. Pero si el cuello es muy pequeño, entonces creo el mejor plan emplear el método combinado de versión.

Si con todos estos estados del cuello uterino, particularmente si es pequeño, la placenta está insertada más ó menos á través, es muy conveniente separarla suavemente con el dedo índice. Esto relajará mucho la porción inferior del útero de la congestión producida por la adherencia de la placenta, siendo esto muy apreciable si el borde de dicho órgano está atravesado en el cuello, porque esta es la parte más fuertemente adherida al útero. Al mismo tiempo la parte de placenta que sobresale se retrae algo, separándose á un lado cuando la cabeza ó la nalga desciende. Si las membranas están completas no es necesario romperlas hasta el acto de la versión, y cuando ocurre esto mejora mucho la rigidez.

Ahora es necesario hacer algunas observaciones respecto al desprendimiento de la placenta de al rededor del cuello: 1.°, el acto de hacerlo puede ir acompañado de hemorragia continua y profusa, particularmente en la inserción placentaria central. En dos casos con dicha inserción que tuve se produjo una gran hemorragia, que sólo pudo ser cohibida penetrando el centro de la placenta, haciendo la versión y sacando la pierna á través del cuello uterino que era tan pequeño que apenas pude introducir dos dedos.

Discurriendo sobre el origen de esta hemorragia, llamaré sólo la atención, por la premura del tiempo, sobre el hecho práctico de que algunas veces al desprender la placenta ocurre una hemorragia profusa, mientras que otras veces no se presenta ninguna; verdaderamente estos casos son los más frecuentes, habiéndose observado prácticamente que un amplio desprendimiento de la placenta, de todo cuanto pueda ser alcanzado con el dedo, sirve en un gran número de casos para cohibir la hemorragia, y así tenemos otro medio de contener ésta en la placenta previa. Pero en vista de que como por este medio desprendemos parcialmente la placenta, y como la experiencia nos enseña que en la hemorragia accidental y en la *post pártum* hay, con el desprendimiento parcial, propensión á ellas cuando empleamos este método como uno que nos da tiempo, cohibiéndola temporalmente para que el cuello uterino se di-

late, sin embargo, debemos considerarle como un medio que requiere gran cuidado. Esto es lo que me ha enseñado la experiencia. En otras palabras, es imperativo que debemos estar al lado de la enferma, preparados para obrar en cuanto ocurra cualquier hemorragia de importancia, siendo la indicación naturalmente ó sacar la cabeza con el forceps ó las nalgas con la versión. También debemos recordar cuando desprendemos la placenta que quitamos al feto su aereación en la misma proporción, y aunque puede decirse que cuando sale á través del cuello uterino la misma cantidad de placenta se inutilizará por presión, puede añadirse que el efecto del desprendimiento durará generalmente muchas horas más que el de la presión. Si la inserción placentaria es más ó menos central, estas consideraciones huelgan, porque la placenta, más ó menos tarde, puede desprenderse en una extensión probablemente fatal al niño.

Me permito aquí recomendar, para disminuir la hemorragia al desprender la placenta, que el dedo esté bien pegado á la superficie uterina, comprimiéndolo más bien sobre la superficie de la placenta que está sobre el útero. Si este método no disminuye la pérdida del lado materno, evitará la de las vellosidades fetales, que puede ocurrir cuando herimos la placenta.

Ahora bien; hay cierta clase de casos, prácticamente la más numerosa, en los que ha habido gran pérdida, siendo necesario salvar á la enferma; pero en los que el cuello uterino es tan pequeño que no podemos poner en práctica los métodos recomendados, y en los que también aunque el cuello uterino esté algo dilatado no tenemos á mano ni el forceps ni los sacos dilatadores, ó en los que al arrancar la placenta se presenta una hemorragia alarmante, en estos casos el único plan que recomendamos es la versión por el método externo é interno combinado, en los que observamos sus grandes ventajas. Pero cuando se usa este método de versión debe siempre entenderse que no es dicha operación por sí la que es hemostática, sino que con ella podemos traer la nalga fetal desde adentro sobre la placenta, con lo cual cohibimos la hemorragia antes que de cualquier otro modo. Es posible en algunos casos dilatar el cuello con los dedos, y después de algún tiempo pasar con más ó menos fuerza la mano á través de él y al-

canzar la pierna; pero es seguro que nadie que ha ensayado los dos métodos se pronunciará sin duda alguna en favor de la versión por el método más nuevo, y es interesante observar que aunque se notó antes de la versión una acción uterina débil ó nula, sin embargo, poco tiempo después de pasar la pierna por el cuello los dolores empiezan y continúan, de modo que se verifica el parto casi naturalmente en unas cuantas horas.

Pero al elegir los métodos para salvar á la madre no debemos descuidar la preservación del niño cuanto sea posible, y aquí creo que todos convendremos en elegir, cuando el estado del cuello de la madre y la posición de la placenta lo permitan, el parto de vértice como el más seguro, es decir, con un cuello completamente dilatado y la placenta marginal. Pero cuando el cuello sólo permite el paso de dos dedos y la placenta central está atravesada en el cuello, pasa el tiempo sin que se termine el parto, y la gran reducción de su aereación aumenta tanto el peligro que el ext arriesgo producido por la presión sobre su ombligo como resultado de la versión apenas si es tomado en consideración. En cualquier caso la mortalidad es muy grande. Pero si por cualquier razón ha sido lacerada la placenta, también lo habrán sido las vellosidades, y consecutivamente una hemorragia grave comprometerá la vitalidad del niño si dura muchas horas, mientras estamos esperando á que se dilate el cuello y ejerza compresión la cabeza; de modo que el riesgo por presión sobre el ombligo después de la versión está, según creo, bastante compensado del otro modo por la pérdida de su sangre. Si después de desprender suavemente la placenta, lo bastante para que se dilate la porción inferior, pasamos rápidamente la pierna ó nalgas por el cuello, toda pérdida placentaria es cohibida, siéndolo al mismo tiempo la de los vasos maternos. En todos los casos de placenta previa antes del final del séptimo mes, y en la que sabemos está muerto el feto naturalmente, no habrá que pensarse en preservar la vida fetal.

En aquellos casos en que la anemia es tan profunda que el más ligero movimiento eclipsa el pulso, las dificultades son grandes, pero todo cuanto hagamos debe serlo con gran prudencia. Nuestra primera indicación es, naturalmente,

evitar pérdidas interiores mientras sostenemos las fuerzas reconstituyentes y hasta que se equilibre la circulación. Si no hubiese hemorragias lo mejor es esperar, pero estando prevenidos á la cabecera de la enferma por si volviese. Una vez la enferma en condiciones, elegiremos entre el uso del forceps ó la versión combinada, según las circunstancias. Pero como el desprendimiento de la placenta puede ir acompañado de una hemorragia más ó menos intensa, no recomendaría este método. Pero estos casos son tan terribles, que mientras estamos reconstituyendo á la enferma ya se ha formado un coágulo en el corazón, que lenta, pero seguramente, concluye por interceptar la corriente sanguínea. (*Medical Press and Cir.*, agosto 28, pág. 195.)

116.—Sobre el valor de la electricidad en ginecología.

Por W. S. Playfair, profesor de Obstetricia del King's College, Londres.

Es lástima que los médicos se hayan limitado casi exclusivamente á estudiar los efectos atribuídos á la electropuntura negativa promoviendo la absorción de un gran fibro-miomata, pues no creo sean éstas las únicas aplicaciones útiles del tratamiento. Yo creo que hay suficiente evidencia para probar que la corriente negativa tiene alguna influencia sobre esto, pero nunca responde á la idea que de ella se tiene formada. Además, no ha sido suficientemente demostrado que el número de fibroides no hemorrágicos que requieren intervención es verdaderamente muy pequeño. Es sólo cuando están situados en sitios en que la presión produce síntomas nocivos, como, por ejemplo, cuando están enclavados en la cavidad pelviana, ó cuando impiden la excreción de orina ó la defecación, etc., cuando está justificado usar un medio que ha dado buen resultado en algunos casos y que aunque excepcionalmente no está desprovisto de peligro. Verdaderamente ésta es la única aplicación de la electricidad, que al menos, según mi experiencia, tiene algún peligro grave. No hay duda de que su uso ha ido seguido de varios casos de gangrena y supuración, que aunque curados, han comprometido la vida de la enferma. Si la electropuntura negativa es usada en lugar de la histerectomía ó en la esperanza de no tener que hacer dicha operación, entonces puede admitirse su aplica-

ción, porque no puede compararse el riesgo de ambos procedimientos.

Con estas ideas sobre la aplicación de este remedio, mi experiencia, en cuanto á provocar con él la absorción de los fibroides no hemorrágicos, es comparativamente pequeña, porque sólo lo he usado en algunos casos en los que la urgencia de los síntomas parecían justificar su empleo. En otra parte he publicado un caso en el que unas cuantas aplicaciones de la corriente negativa por electropuntura redujo de tamaño una masa fibroide que llenaba la cavidad pelviana, haciendo imposible la excreción urinaria, para favorecer la cual hubo que usar el catéter más de un año. Después de cinco aplicaciones de la corriente, á una fuerza de 100 miliamperes, se redujo tanto el tamaño del tumor que desaparecieron todos los síntomas ocasionados por la presión, no produciendo desde entonces ninguna molestia á pesar de haber transcurrido más de un año.

Ahora, poco después de tratar este caso, los doctores Mathews, Duncan y Meredith leyeron tesis sobre fibroides de esta clase en la Sociedad Obstétrica. Ninguno de dichos doctores aludía á la posibilidad de disminuir la masa del tumor por la electricidad. Mi amigo el doctor Meredith practicó la histerectomía en su caso con gran dificultad y riesgo para la enferma. Ahora bien; cualquiera que lea mi caso y el del doctor Meredith, los encontrará todo lo más parecidos posible, así como también que unas cuantas punturas simples no seguidas de molestia han curado permanentemente el uno mientras que el otro estuvo sometido á todos los riesgos de una de las más graves y temibles operaciones quirúrgicas. Si yo hubiera asistido á dicha sesión, habría dicho, como digo ahora, que la histerectomía no debe hacerse en estos casos hasta después de ensayar y ver que no da resultado su simple procedimiento de electropuntura negativa. No existe un hecho más perfectamente probado en ginecología que aun grandes masas de fibro-miomata suelen absorberse y desaparecer espontáneamente.

Un uso más seguro y generalmente más aplicable de este medio es el de la corriente positiva á la cavidad uterina, como un hemostático en casos de fibroides hemorrágicos. He tratado ahora un gran número de estos casos, muchos (si no todos) de los cuales lo habían sido ya sin resul-

tado por todos los métodos más ordinarios, y puedo decir que con él tenemos un medio eficaz más para combatir esta afección, frecuentemente tenida por incurable.

Las hemorragias ocurren principalmente en los fibroides intersticiales y submucosos, que se proyectan más ó menos en la cavidad uterina, produciéndose indudablemente por laceraciones de los vasos hipertrofiados en el endométrium. El efecto hemostático del electrodo intrauterino es aparentemente debido á su acción cáustica, que hacen más densa y resistente la membrana mucosa, y hasta donde he podido juzgar responde mejor cuando dicho electrodo se pone exactamente en contacto con todo el endométrium. Los casos en que sus resultados no son tan buenos son aquellos en que la cavidad uterina está tan dilatada ó irregular por la proyección del tumor que la sonda de platino generalmente usada no actúa uniformemente sobre él. Para obviar este defecto se han hecho carbones para electrodos de varios tamaños, que estoy ahora ensayando. Es razonable suponer que los efectos de un remedio de esta clase serán á menudo sólo temporales (que es precisamente lo que yo creía); pero el cohibir ó contrarrestar algo las pérdidas profusas es por sí solo una gran ventaja, pudiéndose detener de nuevo la hemorragia repitiendo la aplicación. Este es, sin embargo, un asunto que debe comprobarse con la experiencia. En algunos de mis casos han pasado cerca de dos años desde que se aplicó el tratamiento sin que se haya aún reproducido ninguno. Por lo demás, este tratamiento es muy molesto, requiriendo gran paciencia, tanto de parte del práctico como de la enferma, pues se necesitan gran número de sesiones, que según el doctor Keith pueden llegar á 20 ó 30, por más que yo nunca he necesitado tantas.

En el tratamiento de ciertos estados morbosos del endométrium, especialmente la endometritis crónica, catarro uterino y dismenorrea membranosa, he encontrado que la aplicación de la corriente negativa á través de la sonda intrauterina aislada produce efectos mejores y más uniformes que cualquier otra forma de medicación intrauterina conocida. Puedo asegurar que no hay nada parecido á esto en estos casos, muchos de los cuales han durado años resistiendo toda clase de tratamientos anteriormente usados.

Tengo ahora notas de varios casos de dismenorrea membranosa completamente curados ó muy mejorados con cuatro ó cinco de dichas aplicaciones intrauterinas, y un número bastante crecido de catarro uterino crónico de mucho tiempo de existencia de que puede decirse lo mismo. No creo que nunca he necesitado más de cinco ó seis aplicaciones. Ahora bien; apelar confidencialmente á la experiencia de cualquier ginecólogo para que diga si conoce algún medio para tratar dichos casos, cuya pertinacia es proverbial, con el que se hayan obtenido iguales resultados en menos tiempo de tratamiento. Por su seguridad, simplicidad y efecto, creo es mejor que todos los demás métodos inventados para tratar estos estados del endométrium. (Doctor W. S. Playfair, pág. 412.)

Tengo poca experiencia de la aplicación de la corriente negativa como un medio de provocar la absorción de las exudaciones inflamatorias crónicas en la pelvis, aunque la recomienda mucho Engelmann y otros, habiéndola sólo usado en uno ó dos casos sin obtener efectos muy marcados. Sin embargo, recientemente he tenido un caso muy notable en el que una considerable exudación que fijaba completamente el útero desapareció tan rápidamente con su uso que me ha convencido de la marcada influencia que en algunas ocasiones ejerce de este modo. Este caso es por tantos conceptos tan curioso, que no puedo vencer el deseo de relatarlo todo en pocas palabras.

«El 25 de mayo de 1888 fué atacada de dolor violento sobre el lado izquierdo del abdomen. El reconocimiento reveló un tumor sensible sobre la flexura sigmoidea, acompañado de una tendencia á obstrucción intestinal que requirió la destrucción de las masas fecales. Este estado duró algunas semanas, durante las cuales la temperatura era continuamente febril, llegando la enferma á un estado de anorexia y gran debilidad. Fué vista por el doctor N., que se inclinó á creer había habido una obstrucción intestinal parcial y hasta propuso una operación exploratoria. Al cabo de dos meses disminuyó el dolor, desapareció la pirexia y los intestinos regían mejor, observándose entonces que había perdido el uso de sus miembros, quedando completamente imposibilitada.»

Despues de esto vino la enferma á vivir en las cercanías

de Londres, en un estado de parálisis total de todo movimiento, siendo vista por varios consultores. Un neurólogo eminente, entre otros, la visitó, y dijo no existía ninguna afección medular, estando conforme con otro ginecólogo eminente que propuso la resección de los ovarios y sus apéndices inflamados. El doctor N. «creyó que esto sería razonable, pues se quitaba una fuente de alteración general». Deseándose oir otra opinión antes de que se decidiera practicar la operación propuesta, fuí llamado á ver la enferma. Encontré el útero fijado á una masa de exudación dura, indudablemente el resultado de una afección aguda anterior que había empezado seis meses antes. La parálisis total, la demacración y la anorexia estaban, según mi opinión, relacionadas con una gran paresia neurótica. No pude convenir en que se hiciese la grave operación propuesta, puesto que la absorción de un depósito de fecha tan reciente no me parecía tan imposible, y aun cuando se hiciera aquélla, no garantizaba la curación de la neurastenia general. Opiné, pues, que este caso podría curarse con un tratamiento sistemático que debía ensayarse antes que nada.

Mis amigos, creyendo quizás erróneamente que convendría oir más opiniones, consultaron después á otro ginecólogo notable. He aquí como refiere el marido el resultado:

«Cuando visité á usted, en el curso de la conversación habló en tales términos del doctor N., que decidí en seguida oir su opinión, siendo ésta conforme con la de usted, de que no creía conveniente la operación y la prescribió un absorbente (ioduro potásico) y un tónico (tintura de colombo), que desde entonces ha tomado regularmente sin obtener beneficio alguno. También la recomendó una alimentación simple y buena, pero la enferma no pudo seguir este consejo por no tener absolutamente ningún apetito. Opino, por último, que el tratamiento que usted le recomendó de quietud, masaje y alimentación la haría daño».

Después de seguir durante algunas semanas más el tratamiento recomendado por dicho doctor, me encargué últimamente de su asistencia. No necesito referir la lenta mejoría obtenida en su estado neurótico, diciendo sólo que el tratamiento no le hizo daño, pues al mes podía moverse

libremente, ganó 20 libras de peso y estaba en perfecto estado de salud. En todo este tiempo no hubo cambio alguno en la exudación pelviana, estando tan densa como antes y el útero fijo é inamovible. Determiné entonces ensayar la corriente eléctrica negativa, y con este objeto introduje un electrodo vaginal envuelto en algodón y pasé una corriente de 100 miliamperes cada tres días. El efecto fué instantáneo y muy notable, disminuyéndose inmediatamente los dolores pelvianos y casi fundiéndose el depósito. A las tres semanas podía moverse el útero libremente en todas direcciones, observándose en el reconocimiento un estado perfectamente normal de los órganos pelvianos. A los dos meses de asistir á esta enferma estaba curada, pudiendo andar y moverse perfectamente y con 32 libras más de peso. Ahora bien; en este caso no puede haber duda alguna, pues se dió tiempo suficiente para ver si mejoraba la salud general y el proceso local sin obtener resultado, siendo la curación inmediata en cuanto se usó la corriente negativa. Que fué un *propter hoc* y no un simple *post hoc*, es una conclusión que razonablemente nadie puede dudar. Además, es un gran argumento el que con el uso de la electricidad se evitó que esta señora perdiera sus ovarios, pero al mismo tiempo no puedo considerarla como un agente general para curar todas las exudaciones inflamatorias.

No he dicho aquí nada del uso de la corriente faradaica, cuyas aplicaciones son mucho menos importantes y al mismo tiempo menos discutidas.

Las conclusiones, creo, pueden resumirse así:

1.ª La corriente continua es capaz de hacer mucho bueno en ciertos casos apropiados, en los que no responde otro tratamiento, y su aplicación en ginecología es, pues, un gran adelanto.

2.ª Es un agente de gran poder, y por lo tanto, si no es usado con prudencia y cuidado, puede también hacer mucho daño.

3.ª Su uso es costoso y molesto y sus resultados lentos.

4.ª Mientras la elección apropiada de casos requiera mucho conocimiento y gran cuidado en la aplicación de este tratamiento, nunca se generalizará su uso. (*British Medical Journal*, octubre 19 de 1889, pág. 857.)

117.—Sobre la técnica de las inyecciones de ergotina en ginecología.

Según los doctores Brumm, Lilienfeld, Engelmann y Schnckling.

El empleo de las inyecciones subcutáneas de ergotina se ha generalizado mucho en la práctica ginecológica y obstétrica. De esta manera la acción medicamentosa se deja sentir con rápida energía, y esta energía, esta rapidez en la acción, es una de las primeras condiciones exigidas á las preparaciones de ergotina.

Pero como todas las inyecciones medicamentosas, las inyecciones de ergotina son susceptibles de ser dolorosas y de causar en los tejidos una irritación en ocasiones bastante violenta. Estos fenómenos dolorosos é inflamatorios pueden depender del microorganismo en suspensión en la solución, en cuyo caso nada tan sencillo como hacer aséptica la solución. Esto no es, sin embargo, suficiente, porque los fenómenos dolorosos parecen reconocer en este caso por causa los productos de descomposición de las soluciones de ergotina.

Para obtener un vehículo que mantenga la ergotina en solución perfecta se ha empleado en Francia la glicerina, el agua de laurel-cerezo, adicionada con ácido láctico, ó ácido salicílico, ó el aceite de vaselina. En Alemania se ha suscitado nuevamente esta cuestión en el *Centralblatt für Gïnækologie*, y se ha entablado una viva polémica entre Brumm, Lilienfeld, Engelmann y Schnckling, perfectamente resumida en la *Gazette Médicale* de París.

Según Brumm, es necesario abstenerse de practicar las inyecciones en la pared abdominal anterior y escoger como sitio de elección la región glútea. Se debe inyectar el líquido directamente en la masa muscular de los glúteos, y para ello introducir la aguja de la jeringa en toda su longitud y en dirección perpendicular á la piel. La ergotina que se debe preferir es la que haya sido depurada por vía de diálisis. La solución como título habitual ha de ser de 5 por 100 y no pasar nunca de 10 por 100, habiendo de filtrarse y estar perfectamente clara y neutralizada por la adición de cierta cantidad de carbonato de sosa. La solución de ergotina de reacción neutra es la menos dolorosa.

Lilienfeld hace inyecciones de ergotina en cantidad considerable; una de sus enfermas recibió 140. Ninguna de estas inyecciones fué nunca dolorosa, á causa de que prepara por sí mismo la solución en el momento de utilizarla. Verifica la mezcla en la jeringa misma con agua destilada ó de fuente. Esta solución, inyectada profundamente en la región abdominal lateral ó posterior, debe ser indolora.

Engelmann participa del parecer de Lilienfeld, y considera asimismo preferibles las soluciones frescas preparadas en el momento de servirse de ellas. Ha podido inyectar soluciones al 50 por 100 sin provocar reacción local molesta. Basta observar una solución de ergotina algunas horas después de su preparación para ver que está ya descompuesta. Schnckling recomienda como procedimiento mejor la inyección de ergotina pura en uno de los labios del cuello uterino.

Si se sigue con cuidado el curso de este interesante debate, se reconocerá que la manera más sencilla y la más práctica de obtener inyecciones indoloras es recurrir á las inyecciones extemporáneas, hechas profundamente en la masa de los músculos glúteos y de la parte posterior del tronco. *(Gazette des hôpitaux. Ann. de médecine,* 1887, página 106.)

118. — El empleo de la creolina como antiséptico en obstetricia.

Por H. J. Garrigues, ginecólogo del Hospital de la Maternidad.

La creolina es uno de los últimos antisépticos, poseyendo al parecer cualidades muy recomendables. Fué llevada al mercado por la casa William Pearson y compañía, de Hamburgo (Alemania), bajo la forma de un líquido de consistencia espesa, de olor y aspecto parecido á la brea y que se obtiene del carbón inglés. Su composición química no es aún conocida. Cuando se echan unas gotas en el agua, forma una nube blanca que gradualmente se mezcla con ella. La creolina no se disuelve en el agua, pero forma, á más del 12 por 100, una emulsión homogénea con ella. Cuando débil, tiene un color blanco lechoso, y cuando más concentrada, ligeramente moreno, como café mezclado con mucha leche. Después de mucho tiempo se forma un depósito, pero el líquido tiene el mismo poder que antes.

Su gran poder antiséptico, igual al del bicloruro de mercurio y muy superior al del ácido fénico, ha sido comprobado experimentalmente por Esmarch, Eisenberg y Washbourne. Eisenberg observó que una solución al 3 por 100 mata todos los gérmenes en un minuto; otra al 5 por 100 en diez segundos, el menor tiempo posible para hacer el experimento. La sensación que sobre la piel produce la solución al 3 por 100 es muy agradable, mientras que la del 5 por 100 escuece un poco. Las membranas mucosas son más sensibles, pues una solución al 2 por 100 produce escozor en la lengua y en algunas parturientas en la vagina. Una al $^1/_2$ ó 1 por 100 fué bien soportada cuando se inyectó en la vejiga de un perro, mientras que otra al 2 por 100 produjo hematuria (Eisenberg). Kortüm observó que la irrigación de las úlceras con una solución al 2 por 100 era agradable al enfermo. Mendörfen dice que una solución á más del 1 $^1/_2$ por 100 irrita las heridas y causa dolor. Provoca la cicatrización y granulación cuando todas las demás sustancias no dan resultado. Al contrario de lo que sucede con los otros antisépticos, especialmente el bicloruro de mercurio, suaviza y ablanda la superficie con quien se pone en contacto.

Tiene un gran poder hemostático. Al principio se le atribuyó la ventaja sobre la mayoría de los demás antisépticos de ser casi completamente inofensivo. Un perro tragó 30 gramos y no se observó en él alteración alguna (Eisenberg). F. Späth y otros médicos del Hospital de Munich tomaron durante algún tiempo 2,7 gramos en una simple dosis, y hasta 8 gramos al día, sintiéndose bien, sin vómitos y con excelente apetito. La administraron con buen resultado á los enfermos en dosis de 0,5 á 1 gramo. Sin embargo, hoy no se cree en las propiedades inofensivas de la creolina, pues se ha atribuído una muerte á su uso.

De diversos experimentos se deduce que no es completamente inofensiva, pudiéndola tomar interiormente en grandes dosis los hombres y animales superiores sin que se observe ningún mal efecto. Su olor es mucho más agradable que el del ácido fénico, pero lo bastante fuerte para disimular una fetidez moderada. Bajo este punto de vista, es igual al ácido fénico é inferior al sublimado corrosivo.

Es un inconveniente el que la emulsión no sea transparente, pues oscurece el campo operatorio si es usada en irrigación, ocultando los pequeños instrumentos, como bisturís, tijeras, agujas, etc. En Alemania es un antiséptico muy barato.

Desde el 1.° de enero al 1.° de abril de 1889, usé en todos las enfermas del Hospital de la Maternidad una solución al 2 por 100 para duchas vaginales durante el parto; para inyecciones intrauterinas inmediatamente después de éste, en casos que exigían dicha medida preventiva, y para inyecciones vaginales después de aplicar el forceps, perineorrafia, y en casos de evacuación loquial fétida, quedando satisfecho, pues no hubo ninguna muerte y sólo un caso de metritis séptica; la cual creo fué debida á la presencia en la misma sala, en una de las camas próximas y bajo la asistencia de la misma enfermera, de otro con ulceraciones y abscesos de la cadera en una enferma paralítica, la cual fué sacada del hospital, aislándose á la de metritis, que curó á los pocos días.

La creolina es muy útil para el ginecólogo, especialmente en operaciones que como la versión requieren estén las superficies lisas y suaves. Su gran poder hemostático la hace muy recomendable para inyecciones intrauterinas inmediatamente después del parto. La falta de transparencia no tiene importancia cuando se usan grandes instrumentos, como el forceps ó un perforador.

Hasta ahora sólo he observado no conviene su uso en aquellos casos en que está afectada la parte interna del útero, y necesitamos apreciar su estado por el aspecto que presenta el líquido inyectado después de ser expulsado. Bajo estas circunstancias se preferirá un líquido transparente, como las soluciones de ácido fénico, ácido acético ó ácido borácico. En la práctica privada, la creolina puede sustituir perfectamente al sublimado corrosivo.

Para hacer la emulsión debe echarse la creolina en el agua y no ésta en aquélla, pues así se obtiene una mezcla mejor.

Se debe primero mezclar con agua fría, añadiéndose luego agua caliente, hasta alcanzar la temperatura que se desee. La solución al 2 por 100 que he usado produce en algunas enfermas un pequeño escozor, pero que es tolera-

ble aun en señoras excesivamente nerviosas. Debe ser usada con las mismas precauciones que el sublimado corrosivo. (*American Journal of Med. Science*, agosto de 1889, página 123.)

119 —Sobre los falsos pólipos del útero.

Por Mlle. Anna Klasson.

He aquí el extracto del estudio hecho sobre este asunto por la autora.

Independientemente de los verdaderos pólipos mucosos ó fibrosos, pueden existir en el útero producciones patológicas que den lugar á síntomas idénticos, y proceden ó de los partos ó de los abortos. Ni su asiento, ni su consistencia, ni á veces el aspecto de la dilatación del cuello, son un elemento seguro de diagnóstico. El examen microscópico es el único que en muchos casos decide.

Compréndense en esta denominación los pólipos fibrinosos, los placentarios y las formaciones dependientes de la caduca y del corion. El pólipo fibrinoso puede originarse en la eminencia que sobre la superficie placentaria forman los trombos normales, á los cuales se añade un coágulo sanguíneo que persiste en vez de reabsorberse. Schrœder dice que en tales casos la parálisis de la zona placentaria puede jugar el papel de causa predisponente; pero también puede engendrarse al rededor de un núcleo de estratificación, de vellosidades coriales, restos de la placenta ó un trozo de caduca. El pólipo fibrinoso puede apenas elevarse sobre la superficie uterina, puede descender hasta el cuello y aun llegar á la vagina.

Bajo el nombre de pólipos placentarios se comprenden los casos de retención sin flujo fétido de la placenta ó de un fragmento de ella, en cuyo caso debe suponerse que este órgano se ha injertado en el útero después del alumbramiento y que tenía ya adherencias anormales. Influye mucho en esta retención de placenta la edad del embarazo, porque en los tres primeros meses generalmente el huevo sale entero; después de esta fecha la adherencia de la placenta es mucho más sólida, y en cambio no crece en proporción la contractilidad del útero ni la superficie de extensión sobre que ha de apoyarse el útero al contraerse; y

en los partos de término en general la retención placentaria es debida á la inercia uterina, á engatillamiento, y algunas más raras veces á adherencias de la placenta, que en general son debidas á endometritis anteriores, las cuales obran esclerosando el tejido interglandular que se opondrá á la separación de la placenta según Langhaus, provocando la degeneración grasosa de la placenta, que ocasionará la friabilidad y desgarradura de este tejido, según Schroeder, así como en ocasiones tendrá gran influencia la forma viciosa de la placenta membraniforme en raqueta ó subcenturiata. El alumbramiento artificial no puede ser siempre responsable de la retención, toda vez que Stadtfeldt ha encontrado restos de placenta en el útero en el 10 por 100 de los cadáveres de mujeres de parto que ha examinado, y en el 60 por 100 de estos casos el alumbramiento había sido natural.

La caduca verdadera puede retenerse totalmente ó en parte en el útero, conservando su vitalidad. El primer caso ocurre en general consecutivamente al aborto de los primeros meses de la gestación ó al embarazo extrauterino. La descripción de la caduca expulsada en bloc ha sido dada con gran cuidado por Robin, que cita hechos de expulsión desde algunos meses hasta dos años después del aborto. En el embarazo extrauterino la expulsión de la caduca se verifica en una época variable de la gestación; los colgajos de caduca retenidos pueden originar tumores, á los cuales Kustner ha denominado deciduomas. La causa de la retención, según Hegar, Benicke y Kaltenbach, sería la endometritis, que modificaría la manera de separarse la caduca. Para demostrar que se trata de una caduca, Wyder se apoya en la presencia constante de células deciduales; pero Ruge ha encontrado estas células en los casos de endometritis y de miomas, y Mericke las ha encontrado también en la mucosa uterina de una mujer no embarazada.

Las causas de la retención simultánea de restos de corion y de caduca sería, según Lazarewitch, el desenvolvimiento exagerado de vellosidades coriales, de soldaduras fibrinosas, á consecuencia de menorragias, endometritis ó coriitis.

La membrana que menor número de veces queda detenida es el amnios. La autora, á lo menos, no conoce he-

chos en los cuales la retención del amnios haya ocasionado pólipos como los de que se trata, origen de hemorragias; pero bajo el punto de vista séptico, la retención del amnios tiene mucha importancia por la resistencia que opone esta membrana á la reabsorción.

Esta reseña del asunto va acompañada de dos interesantes observaciones: la una relativa á un pólipo placentario; la otra se refiere á un pólipo formado por una caduca y otro tumor constituído por un huevo de un mes, cuyas cubiertas continuaron creciendo después de la muerte del embrión. Anna Klasson se pregunta si en este caso se trata de un aborto gemelar ó de dos abortos sucesivos. El fenómeno más notable del huevo en cuestión era el asiento de las hemorragias, entre el corion y el amnios, cuando los autores las colocan en la caduca y en la placenta. En dicho caso era probable que el aborto fuera causado por una hemorragia del corion. (*Annales de Gynecologie. Rev. clín. de los hospitales*, junio de 1889.)

120.—Sobre la operación de Kehrer para los pezones deprimidos.

Por P. Eranest Erneot, médico ginecólogo del Hospital de Londres.

El profesor F. A. Kehrer, de Heidelberg, ha inventado y practicado una operación para la curación de los pezones deprimidos. Los casos en que está indicada esta operación son aquellos en que el pezón forma una especie de taza, no proyectándose lo bastante por encima de la superficie para que el niño pueda cogerlo, pero que en cuanto á lo demás está bien formado (fig. 1). La operación consiste en la resección de un anillo cutáneo, ó de dos pedazos circulares de piel al rededor del pezón, de modo que al cicatrizarse la superficie denudada la aproximación de los bordes interno y externo del anillo ó círculo estire la piel que rodea el pezón y obliterándose la taza se haga accesible al niño.

He practicado esta operación dos veces, no pudiendo juzgar el efecto obtenido más que en uno de los casos, pues el otro no pude tenerle en observación.

La enferma, de treinta años, había tenido tres niños. El

primero lo crió sólo con el pecho izquierdo, cuyo pezón estaba bien formado y prominente. El derecho, en cambio, estaba hundido de tal modo que era imposible lo pudiera coger el niño y su vértice formaba un hoyuelo (fig. 1). En mayo de 1887 dió á luz su segundo niño, que crió como antes con el pecho izquierdo, pero sin que pudiera coger el derecho. Cinco días después del parto practiqué la ope-

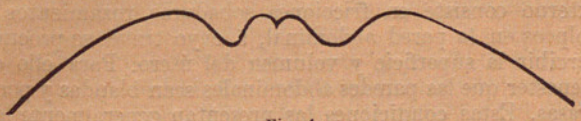


Fig. 1.

ración de Kehrer en esta mama. Como el hoyuelo estaba horizontalmente en el pezón, corté dos pedazos circulares de piel, uno encima y otro debajo de aquél, midiendo cada

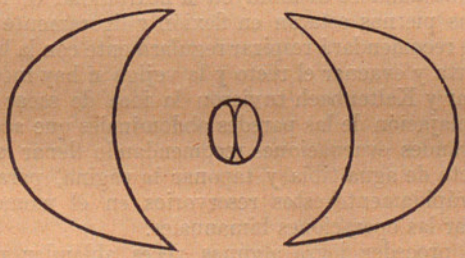


Fig. 2.

pedazo cerca de dos pulgadas de largo por una de ancho (véase la fig. 2). La enferma volvió al hospital á dar á luz su tercer niño en mayo de 1889, con sus dos pechos útiles. El pezón derecho, aunque no tan prominente ni tan bien formado como el izquierdo, sobresale lo bastante para que pueda ser cogido por el niño, consiguiéndose, pues, el objeto de la operación, (*Lancet*, julio 6 de 1889, página 12.)

121.—Del masaje en ginecología.

Por el doctor Gaudin.

El masaje tomó naturaleza científica en 1863 con la tesis de Estradere, siendo Thure Brand quien en 1868 lo aplicó primero al tratamiento de las afecciones uterinas, y tres son los procedimientos usados para practicarlo. El masaje externo consiste en fricciones, sobaduras, rozamientos y golpeos en la pared abdominal, á cuyo través se procura percibir la superficie y volumen del útero. Para ello es menester que las paredes abdominales sean blandas y poco grasas. Estas condiciones las presentan generalmente las mujeres que han parido y sufren especialmente accidentes curables con el masaje.

La mujer debe colocarse en la cama ó en un sillón ginecológico con las nalgas y dorso levantados. Conviene no exagerar la flexión de la región lumbar, porque las vísceras apelotonándose disminuyen la flexibilidad de las paredes. Las piernas estarán en flexión y ligeramente separadas. Se recomendará respirar regularmente con la boca entreabierta y evacuar el recto y la vejiga si hay motivo.

Hegar y Kaltenbach tuvieron la idea de sacar partido de la relajación de las paredes abdominales que acompaña á las grandes evacuaciones recomendando llenar la vejiga y el recto de agua tibia y taponar la vagina, para vaciar luego rápidamente estos reservorios en el momento de practicar las operaciones bimanuales.

Este proceder logra algunas veces ablandar notablemente el abdomen, siendo de una eficacia más real cuando se hace un solo examen que cuando se trata de instituir un tratamiento que reclama la repetición diaria de las mismas maniobras. Es menester proceder de manera que se alcancen con los dedos los órganos enfermos de un modo tangente y no perpendicular, obrando con las caras palmares de los dedos y no con sus puntas.

El masaje más usado es el mixto. Sólo es practicable cuando las paredes vaginales presentan también cierta elasticidad, la cual puede aumentarse considerablemente con el taponamiento progresivo ó con la aplicación del pesario de Gariel; aunque lo propio que para la pared ab-

dominal, el mismo masaje es el que mejor borra la rigidez de las paredes de la vagina.

Sea cualquiera la rigidez inicial de las paredes abdominales y vaginales, hay un sitio donde las dos manos llegan siempre á alcanzarse, y es en la región suprapubiana, inmediatamente por detrás de la sínfisis. La mano que está al exterior apoya su talón en el monte de Venus, con los dedos vueltos hacia el ombligo. El índice y medio de la otra mano penetran juntamente en la vagina si es bastante grande, sucesivamente si es estrecha.

Los autores que acusan al masaje de producir dolor ó sobrexcitación lo han practicado probablemente con un dedo solo, siendo propenso este modo de obrar á provocar una sensación, ó bien penosa, ó bien voluptuosa. porque resulta de una acción demasiado limitada, asaz frecuente y sobrado superficial.

Introducidos ya los dos dedos, se les coloca con el dorso hacia el periné y la cara palmar contra la pared vesico-vaginal; la comisura anterior se halla así fuera del sitio de acción de los movimientos que serán ejecutados.

Los movimientos (fricciones, presiones, amasamientos) serán siempre lentos y sostenidos, y procediendo así el masaje sólo producirá los efectos terapéuticos deseados. Para sentir las dos manos al través de las paredes abdominales, la que se coloca en el abdomen rechazará los tejidos directamente de arriba abajo y la de la vagina de abajo arriba.

Generalmente se comete la falta de hundir demasiado con la mano del abdomen y levantar poco con la vaginal; cada una debe hacer una parte del camino. Inmediatamente detrás de la sínfisis, las manos sólo están separadas por las paredes que rechazan y por la vejiga; pero un poco más hacia atrás el útero, si está en situación normal, se interpone entre ellas. Si está hipertrofiado, el menor movimiento se percute de una á otra mano.

La anteversión es la posición que se presta mejor al masaje del útero, siendo á esta posición á la que es necesario conducirle, sea cual fuere la desviación que sufra. En la metritis crónica y demás afectos neoplásicos que hayan determinado la hipertrofia del órgano, una vez llevado el útero hacia adelante, los dedos que están en la vagina le

sostienen é inmovilizan; mientras que la mano estaría practicando una serie de fricciones en su cara posterior, después de procurar apretar su fondo entre los dedos, á fin de comprimirle de una manera concéntrica, como en la maniobra de expresión obstétrica. Si existe una infiltración del tejido celular preuterino, la mano externa es la que fija y comprime la matriz, mientras que los dedos hacen pases suaves y lentos por delante del cuello.

Cuando el útero está en anteversión ó anteflexión patológica, es decir, cuando está inmovilizado de tal manera que no puede levantarle en totalidad ni enderezar su curvadura anterior, será menester, al lado del masaje propiamente dicho, recurrir también á los movimientos gimnásticos pasivos.

Los dedos, colocados sobre el abdomen, se insinuarán detrás de la sínfisis, á fin de llegar sobre el fondo del útero; los que están en la vagina inmovilizarán el cuello, y obrarán los unos y los otros de manera que desaparezca el ángulo anterior hasta alcanzar aún una curvadura posterior. Estas maniobras se repetirán varias veces en cada sesión, y de una á otra se procurará acentuar más la flexión contraria á la patológica. Algunas veces esta gimnástica llega á devolver al útero la dirección normal, á hacer desaparecer un doblamiento excesivo; sin embargo, no puede desconocerse que la anteflexión que ha motivado alteraciones del tejido propio de la pared (atrofia esclerosa) es ordinariamente incurable. El masaje sólo tendrá sobre ella un efecto temporal gracias á su acción resolutiva sobre las inflamaciones concomitantes.

En cuanto á las flexiones que provienen de bridas de origen peritoneal, que mantienen el fondo del útero sujeto al peritoneo pélvico, su pronóstico es más favorable.

El masaje, como la compresión, determina una desingurgitación mecánica de los tejidos provocando una sobreactividad circulatoria. Los movimientos comunicados suavizan las articulaciones y fortalecen los músculos, y siendo estos hechos conocidos desde hace tiempo, la eficacia del masaje no necesita otra aplicación.

Casi todas las afecciones en que el masaje está indicado tienen un origen inflamatorio ó virulento; los gérmenes que las dieron ser pueden subsistir en estado latente, por-

que se les ha vuelto inofensivos por el enquistamiento; si se procede con poca maña ó violencia, se corre el peligro de llevar los gérmenes, á través de las trompas, al peritoneo ó hacia el tejido celular, ó, en fin, de romper los diques que la inflamación reactiva había establecido á su al rededor.

Por estas razones no debe jamás practicarse el masaje en un útero afecto de endometritis aguda ó mientras existan exudados que presenten aún síntomas inflamatorios. Este método sólo es aplicable cuando las lesiones existentes son el resultado de procesos antiguos. Por lo demás, las maniobras todas deben ser hechas con las precauciones que reclama una rigurosa antisepsia. Es igualmente de grande importancia primordial el establecer un diagnóstico preciso, debiendo, no solamente reconocer la afección, sino fijar exactamente sus localizaciones y límites. Si el útero está fijo, precisa reconocer dónde se insertan las bridas, dónde empieza y dónde acaba el exudado que le inmoviliza. Sin estas nociones las maniobras serán exageradas ó desproporcionadas. Semejantes detalles diagnósticos sólo pueden obtenerse por el examen durante el sueño anestésico.

Ciertos autores han añadido al masaje vaginal el rectal; pero esta mucosa es demasiado sensible para tolerarlo, aparte de que exigiría las maniobras combinadas de dos operadores, á lo que se opone Mr. Petit con justa razón.

Los afectos uterinos en los cuales el masaje es aplicable con éxito, son:

1.° Todas las afecciones crónicas y atónicas, comprendiendo el estreñimiento, que está en íntima relación con las alteraciones crónicas uterinas.

2.° Las inercias uterinas y sus consecuencias, amenorreas y dismenorreas, especialmente las que están ligadas con la clorosis y anemia.

3.° En las neuralgias de los nervios de la pequeña pelvis, coxigodíneas, ovarialgia, etc.

4.° Contra las acumulaciones grasosas de los órganos genitales de la mujer.

5.° Algunos autores recomiendan además el masaje en los estados nerviosos mentales dependientes de reflejos uterinos: como la histeria, neuroastenia, hipocondria y

aun en los mismos casos de masturbación. Yo no me atrevería á aconsejarla en estos últimos, porque si *similia similibus curántur*, el masaje correría el riesgo de ser considerado como un onanismo privilegiado para el uso de los ninfomaniacos. (*Gazette de Ginecologie. Revista de ciencias médicas de Barcelona*, 10 mayo de 1889.)

122.—Sobre la rotura del útero y su tratamiento.

Por Villiam T. Lusk, doctor en Medicina de Nueva York.

[Las siguientes observaciones se fundan en los detalles de un caso de rotura del útero y otro de operación cesárea.]

La rotura espontánea del útero durante el parto no es tan rara para que los médicos aleguen ignorancia respecto á los medios de combatir la tendencia á un resultado fatal por todos los recursos de la ciencia moderna.

A Bandl pertenece el mérito de haber demostrado que casi todas las roturas empiezan en el segmento inferior del útero. En los partos normales, durante cada dolor, se engruesa el fondo y cuerpo del útero, mientras que el segmento inferior es comprimido y adelgazado por el huevo ó la parte saliente del feto. Mientras no haya obstáculos que impidan el descenso del huevo ó del feto, este proceso termina por formar el útero y la vagina un solo conducto. Ordinariamente, en el parto avanzado, la circunferencia inferior del cuerpo es separada del segmento inferior comprimido por un reborde llamado anillo de Bandl ó anillo contráctil. En los partos fáciles este anillo suele sólo estar ligeramente indicado, viéndosele en las cercanías del estrecho pelviano.

Sin embargo, cuando por cualquier causa el descenso del feto es impedido, la resistencia de los ligamentos que mantienen el útero en posición es vencida por la continua retracción del fondo y cuerpo, y como consecuencia el anillo contráctil es levantado, el segmento inferior adelgazado y en casos graves casi todo el contenido uterino puede ocupar el segmento inferior pasivo y distendido. Bajo estas circunstancias, el anillo contráctil es perfectamente apreciable, pudiéndose sentir, á través de la pared abdominal, por encima de los pubis ó cerca del ombligo. Este mo-

vimiento hacia arriba del anillo dicho es algo limitado por los ligamentos pelvianos y redondos y por la dirección de la presión abdominal. Como estos agentes contentivos actúan más eficazmente en el primero que en los demás partos, no es posible comprender la presencia relativa de la rotura en mujeres que han tenido muchos niños. Bandl refiere nueve casos de rotura en multíparas y uno en primíparas. Como resultado de la retracción continuada del cuerpo del útero, el segmento inferior puede distenderse tanto que forme algo más que una cubierta membranosa al feto, favoreciéndose las condiciones para que se verifique la rotura. Se ha sostenido teóricamente que el anillo contráctil puede impedir el que se verifique la rotura espontánea, lo cual es indudablemente cierto cuando no ha habido una intervención activa. Mis casos, sin embargo, prueban que esta regla tiene sus excepciones.

Indudablemente, la generalización de las enseñanzas de Bandl ha contribuído mucho á que se adopte una inteligente profilaxis en los partos difíciles. Así, el médico sabe que puede resultar un adelgazamiento peligroso del segmento inferior del útero, de la presencia de una cabeza hidrocéfalo, de una presentación de hombros descuidada, ó cuando el descenso del niño es dificultado por una estrechez pelviana, por tejido cicatricial ó por tumores que obstruyen el paso del feto. La situación del anillo de Bandl, que cuando es bien definida puede generalmente ser sentido á través de las paredes abdominales, da en muchos casos idea del grado de peligro existente.

Los riesgos son mayores en los partos difíciles y en las dislocaciones lateral y anterior del útero, debido al aumento de presión ejercida en dichas circunstancias sobre una porción limitada de los tejidos ya exageradamente distendidos.

Si la rotura ocurre bajo estas circunstancias, no podemos evadir nuestra responsabilidad, pues sabemos que las falsas posiciones uterinas pueden corregirse á tiempo con un vendaje apropiado, que la cabeza hidrocéfalo puede reducirse de volumen por punción, y que en todas las formas de partos en que haya obstrucción hay una época en que es necesario una intervención activa. Los nuevos conocimientos nos enseñan que cuando los esfuerzos ute-

rinos no bastan para fijar la parte presentada, y la distancia cada vez mayor entre el anillo de Bandl y el estrecho pelviano puede seguramente dar lugar á un adelgazamiento peligroso del músculo uterino, el médico debe decidirse rápidamente á adoptar medidas que lo eviten. La indicación en las presentaciones de cabeza son: la versión, la craneotomía y la operación cesárea. En las presentaciones de hombro descuidadas sólo deben hacerse prudentes esfuerzos de versión. Si se intenta ésta, el operador debe siempre sostener la cabeza con una mano á través de las paredes abdominales, de tal modo que evite el esfuerzo sobre los tejidos distendidos. Cuando no se obtiene resultado, el uso persistente de la fuerza bruta es criminal, debiendo elegirse entre la decapitación del niño y la operación cesárea.

Mi objeto al insistir sobre estos puntos es el no creer de ningún modo que la rotura uterina sea tan rara como las estadísticas parecían indicar. Es, sin embargo, necesario reconocer que la idea de Bandl tiene sus excepciones. De vez en cuando refiérense casos en los que la rotura primitiva tuvo lugar en el fondo del cuerpo, y en los que se rompió el segmento inferior sin signo anterior ó indicio alguno. Así, yo he observado un ejemplo de rotura espontánea en una mujer de pelvis ancha y que había dado ya á luz anteriormente nueve niños. La presentación era de cabeza y no se observaba ningún estado anormal de las partes blandas. No pudo atribuirse el accidente más que á una supuesta vulnerabilidad de los tejidos uterinos.

La rotura puede ser completa ó incompleta. En la última el desgarramiento se limita á los tejidos musculares, quedando intacto el peritoneo. Esto es más probable que ocurra cuando la desgarradura es lateral en el sitio de los repliegues de los ligamentos anchos; aunque debido á la adherencia relativamente débil del peritoneo en el segmento inferior, las roturas incompletas no están necesariamente limitadas á estos puntos. En la mayoría de los casos el hematoma que resulta de la hemorragia de los vasos levanta el peritoneo á cierta distancia más allá de la desgarradura.

En la rotura completa el peritoneo también se rompe, pero frecuentemente en menor extensión, y en estos casos

su separación del músculo uterino más allá de los bordes de la desgarradura parecerá muchas veces que había existido cierto intervalo entre la rotura de los tejidos musculares y la del peritoneo.

Cuando la suspensión repentina de los dolores uterinos y la retirada de la parte presentada, la hemorragia y la desaparición aparente del fondo uterino, cuando el niño ha pasado dentro de la cavidad abdominal, nos hacen creer en la existencia de una rotura, la primera indicación para el tratamiento es la pronta extracción del niño. Al elegir la maniobra con la cual se puede cumplir esto (forceps, versión, craneotomía ó laparotomía), lo principal que hay que tener presente es que se aumente lo menos posible las dimensiones de la grieta ya existente.

En términos generales, puede sentarse que cuando el cuello no esté dilatado, ó en casos de gran estrechez pelviana, ó después del paso de la cabeza y brazos por la rotura, y en todos aquellos en que el niño ha pasado por completo dentro de la cavidad abdominal, la laparotomía es el procedimiento más conservador. No sólo es menos cruenta, sino que la abertura del abdomen hace que el operador pueda extraer la sangre y líquido amniótico derramado de la cavidad peritoneal.

El empleo de la sutura para cerrar la herida uterina, en vista de los recientes éxitos en la operación cesárea, parece razonable; pero debe tenerse presente que cuando los bordes están infiltrados con sangre, el peritoneo desgarrado y algunas veces con enfisema del tejido conectivo subperitoneal, las condiciones para la unión no son de ningún modo comparables con las que existen en la operación cesárea. La operación de Porro promete mejores resultados, aunque la profundidad de la desgarradura hace más difícil proporcionar un pedículo sano. Godson coleccionó siete casos, todos los cuales terminaron fatalmente, pero Slavjausky y Fontana han referido recientemente una curación cada uno después de la operación de Porro.

Cuando el abdomen está abierto, y se tiene duda respecto á hacer la sutura profunda ó la extirpación completa, no debe haber ninguna en cuanto á suturar las superficies peritoneales, pues la rotura es así convertida en una incompleta con un pronóstico más favorable.

Cuando el niño puede ser extraído por las vías naturales sin aumentar la extensión de la rotura, y ésta se halla limitada al segmento inferior, el valor de la laparotomía es dudoso. En muchos casos de éstos se ha obtenido la curación *quoad vitam* con el empleo de la irrigación antiséptica y llenando la grieta con gasa antiséptica, teniéndose cuidado al mismo tiempo de asegurar el desagüe por medio de la mecha de iodoformo ó de un tubo romo de goma pasado á una ó dos pulgadas más allá de los bordes lacerados. El desagüe y relleno de gasa antiséptica son más eficaces cuando la desgarradura está situada en la pared posterior. El método de tratamiento recomendado es, naturalmente, sólo eficaz cuando al tiempo de la rotura no hay infección de la cavidad abdominal. Los mejores resultados son, pues, obtenidos en casos de rotura incompleta. Al mismo tiempo de usarse el desagüe debe emplearse la compresión del fondo y cuerpo uterino por medio de las manos á través de las paredes abdominales, y en caso de hemorragia puede ser auxiliada eficazmente por presión hecha sobre la aorta. Puede ser necesario sostener la compresión manual durante algunas horas. Finalmente, debe colocarse al rededor del útero, para asegurar las contracciones, una compresa cuidadosamente graduada, prefiriendo yo para este objeto el empleo del saco hidrostático. (*New-York Medical Journal*, septiembre 14 de 1889, pág. 281.)

123.—De la ablación de la mama.

Por el doctor Terrillón.

La amputación de la mama es una operación fácil; como intervención quirúrgica, va generalmente seguida de excelentes resultados. Sin embargo, en ocasiones no está al abrigo de complicaciones graves. En otros casos, sin que ocurra ningún accidente, la cicatrización de la herida necesaria para la extirpación de la glándula se verifica lentamente.

La observancia de cierto número de reglas y el empleo de algunas precauciones ponen á salvo de estos peligros, que sólo pertenecen á la cirugía de otros tiempos.

Pueden enunciarse de una manera sencilla algunas nociones principales, que se resumen de la manera siguiente:

La axila de toda enferma á la que se deba practicar la amputación de la mama deberá ser rasurada con esmero, aun cuando el estado de los ganglios axilares no necesite exploraciones y maniobras en el tejido celular del hueco de la axila. Se lavará en seguida toda la región y partes adyacentes, jabonándola, cepillándola y desembarazándola del sebo con el éter, y, finalmente, hecha antiséptica con alcohol ó una solución de sublimado. Todas hay precauciones son necesarias y nunca deben descuidarse antes de la operación. Esta consta de varios tiempos bien limitados.

El primer tiempo consiste en trazar por medio del bisturí convexo y muy cortante el límite inferior de la incisión que debe circunscribir el mal. Siempre existe ventaja en operar así; si se empezara por la parte superior, la sangre se derramaría hacia abajo manchando el seno, y el operador encontraría una gran dificultad para terminar por abajo la sección cutánea.

Una antigua ley de cirugía dice que toda herida tenga una parte declive por la que pueda salir la sangre y la serosidad secretada por las superficies cruentas, sobre todo durante las primeras horas que sigan al traumatismo; esta ley merece tenerse en cuenta por lo que respeta á la ablación de la mama. Así es que la línea inferior de la incisión se trazará oblicuamente. Regla general: se dirigirá desde el vértice del hueco axilar hacia el apéndice xifoides.

En cuanto el instrumento interesa la piel y el tejido celular subcutáneo, varias arteriolas dan un chorro de sangre que se detiene fácilmente colocando algunas pinzas hemostáticas. Después quedan pronto reunidas las dos extremidades de las incisiones; de tal suerte, que estas dos incisiones que limitan el campo operatorio sobrepasen bastante los límites del tejido enfermo.

Al operarse sobre la mama y tratarse de un tumor maligno, no debe haber discusión entre la amputación parcial y la total; son distinciones inútiles y peligrosas, que sería de desear no se leyeran en los tratados de medicina operatoria.

Bajo este punto de vista sólo existe una regla: quitar todo lo enfermo de una manera amplia, sin ocuparse de la

glándula, que la mayor parte de las veces será sacrificada por completo, siendo ésta por lo demás una buena condición de éxito.

Cuando siguiendo estos preceptos se haya circunscrito la masa, la glándula y su tumor serán separados con el bisturí de las regiones profundas.

Haya ó no adherencia al músculo pectoral mayor, es siempre una precaución útil disecar la aponeurosis muscular y extirparla con el seno; si existen prolongaciones profundas, se irá todavía más lejos, quitándose las fibras musculares enfermas. A veces también, y esta es una obligación impuesta al cirujano, se sacrificará toda la parte carnosa de los pectorales de la superficie á la profundidad, y tal vez habrá necesidad de raspar las costillas. Estos son casos graves, que si es posible prever será preferible no intentar la operación.

Toda la separación de la glándula degenerada se verifica con el bisturí convexo, que diseca por medio de cortes separados paralelamente á las fibras del pectoral mayor, en tanto que la mano izquierda levanta por sí sola toda la masa sacrificada. La sangre saldrá en abundancia, sobre todo de la parte superior de la herida, y esta hemorragia se detendrá colocando pinzas hemostáticas en los vasos que dan sangre.

El cirujano no avanzará más en la operación antes de haber explorado con cuidado el hueco axilar. La incisión pectoro-mamaria se prolongará con el bisturí hasta el vértice del triángulo axilar, á condición de que sólo interese la piel y el tejido celular subcutáneo. Con los dedos ó con la sonda acanalada desgarrará la delgada aponeurosis de la axila, y profundamente bajo el pectoral y por la pared interna de la axila, á lo largo de la pared costal, sobre el gran serrato; cuidará, por último, de ver si existen ganglios linfáticos enfermos.

Esta exploración es necesaria en todos los casos; la experiencia ha demostrado que se impone á la cirugía aun en las enfermas cuyo examen clínico no demostrara la existencia de una adenopatía secundaria.

En esta peligrosa región maniobrarán únicamente los dedos; solamente ellos serán los encargados de enuclear el tejido celular que rodee el ganglio que haya que extirpar.

La separación por medio de los dedos es en ocasiones difícil, y en ciertos casos imposible. Las bridas celulosas que retengan los ganglios serán en este caso cortadas entre dos ligaduras; este es el único medio de evitar de antemano el peligro resultante de la sección de la arteria, y sobre todo de la vena axilar ó de sus ramas, cuya situación expone á que sean heridas.

En tanto que el cirujano hace esta limpieza de la axila, la herida mamaria será protegida por varias esponjas asépticas mantenidas por un ayudante; una vez terminada aquélla, con un chorro de agua (solución de sublimado) se limpian y desembarazan de sus coágulos las superficies cruentas.

Solamente resta verificar ya la hemostasia. Este tiempo es uno de los más importantes de la operación; es necesario en la mayoría de los casos ligar muchos vasos, y se puede decir que nunca se liga de más. Muchas reuniones por primera intención dejan de verificarse á causa del derrame sanguíneo que distiende los labios de la herida, y en ocasiones supura después de ser infectada. Numerosas arteriolas contraídas por la influencia del aire se relajan después de la cura y dejan salir cierta cantidad de sangre; es cierto, pues, asegurar que nunca son demasiados los cuidados que el operador se tome al verificar la hemostasia de una herida de amputación de la mama.

Cuando las superficies cruentas están bien secas y su antisepsia es rigurosa, no queda más que empezar la sutura.

Esta cuestión, que ha suscitado muchas controversias, está hoy día resuelta. En este caso, como en todos, se intentará siempre la reunión por primera intención, siempre que la cosa sea posible. El desagüe profundo parece indispensable en este caso, sobre todo en las ablaciones extensas. Este precepto no tiene ninguna excepción.

Pero existen casos en los que no es posible aproximar los labios de la herida, al menos en toda su extensión. En estas circunstancias se reunirá solamente la parte que mejor se preste. Por grande que sea el deseo del cirujano de obtener una cicatrización rápida, siempre la sacrificará á la extipación completa del mal. Ante todo el operador hará amplias extirpaciones, reuniendo después si puede;

tal es en principio la marcha que se ha de seguir; en muchos casos todo podrá conseguirse merced á la movilidad y á la extensibilidad de los tejidos de esta región.

La sutura profunda con la crin de Florencia es la más sencilla y cómoda, siendo fácil de ejecutar con la aguja de Reverdin. Por encima de esta sutura profunda se colocarán otras superficiales, tan numerosas como lo requiera el afrontamiento exacto de los labios de la incisión.

Algunos cirujanos han ensayado y ensayan todavía el cerrar completamente la herida; esto no es aceptable más que para los traumatismos muy poco extensos, y aun en éstos hay á veces inconvenientes y complicaciones. El desagüe es siempre de rigor, y para que sea útil deberá establecerse en las dos extremidades de las heridas y asegurarle con tubos de buen calibre.

Muchos fracasos resultan de un desagüe insuficiente poco á propósito para permitir la salida de la serosidad y de la sangre fuera del campo operatorio. Se colocarán dos tubos de desagüe, uno en el ángulo superior de la incisión y otro en el inferior; por medio de un alfiler de seguridad esterilizado por la ebullición nos opondremos á que se introduzcan y desaparezcan en el interior de la herida. En la axila se pondrá el tercer tubo de desagüe.

Hecho esto, se lavará esmeradamente la herida; se afrontarán los dos labios en toda su extensión de una manera exacta por medio de una pinza de disecar que corrija el abarquillamiento de la piel. Sobre la sutura se aplicará una capa de vaselina iodoformada, encima de la cual se pondrán varios pedazos doblados de gasa iodoformada y una buena capa de algodón absorbente, y todo esto se cubrirá, por último, con un vendaje ó cura que debe reunir siempre las tres condiciones siguientes: 1.ª, ser compresivo; 2.ª, bien cerrado; 3.ª, que inmovilice el miembro superior.

Para que la compresión se ejerza de una manera completa y contribuya á la hemostasia definitiva, sobre la primera capa de algodón hidrófilo se aplicarán varias esponjas aplanadas perfectamente asépticas; estas esponjas se quitarán al segundo día, á veces solamente al tercero ó cuarto.

Cerrar por completo la cura de una amputación de pecho es cosa difícil. En una de las esponjas se pondrá una nueva capa de algodón absorbente, que se rodeará con una

tira ancha de algodón ordinario que dé la vuelta al tronco y permita ejercer con el vendaje una buena compresión general. Un vendaje de cuerpo de franela bien apretado y esmeradamente abrochado sostendrá en su sitio todas las piezas de la cura.

Pero esta es todavía imperfecta, puesto que abierta por arriba y por abajo se escurre fácilmente. Es preciso, pues, cerrarla é inmovilizarla. El mejor medio para esto es rodearla de una á otra extremidad con vendas de tarlatana engomadas y mojadas; forman de esta manera un plastón sólido que siempre está fijo á pesar de los movimientos de algunas enfermas indóciles.

No obstante estas precauciones, el hueco axilar queda á veces mal relleno y por él pueden tener acceso á la herida los gérmenes morbosos. Para remediar este inconveniente, lo mejor es aplicar sobre la clavícula una masa gruesa de algodón que de delante atrás cubra las fosas supra é intraclaviculares, cubierta á su vez por una ancha compresa aséptica, sostenida en su sitio con algunos alfileres que la fijen de delante atrás al borde superior del vendaje de cuerpo de franela.

Es importante también la inmovilización del brazo para asegurarla; por encima del brazo aplicado al tronco se pasarán el vendaje de cuerpo y las circulares de tarlatana, poniendo el antebrazo doblado delante del pecho. Esta posición es á veces penosa para las enfermas, pero puede remediarse esto algo colocando una especie de almohadilla de algodón entre el tórax y la cara interna del brazo. El codo quedará libre siempre y las circulares pasarán por encima y por debajo del olécranon, que nunca se dejará comprendido en la cura. De esta manera el brazo y el antebrazo están fijos sólidamente; la mano es la única que se dejará libre para sostener, á la cual bastará una compresa colocada en forma de charpa y fija á la parte anterior del vendaje de cuerpo.

Esta cura es larga y difícil de hacer; pero asegura, con las precauciones tomadas durante la operación, el buen éxito de la reunión primitiva.

Toda amputación de mama debe curar en solo algunos días, sin que la enferma presente la menor elevación de temperatura. La primera cura se hará al día siguiente ó

al otro de aquel en que se opere, porque generalmente tiene lugar una trasudación de sangre y serosidad que mancha las piezas externas de las curas. Desde este instante el cirujano empieza á recortar los tubos de desagüe, sin sacarlos de las heridas, tirando de ellos hacia fuera un pequeño trozo y resecando lo que haga falta. Después de la segunda cura, y en la mayoría de los casos, se quitan definitivamente, mas no es posible establecer respecto de esto ninguna ley general. Las indicaciones varían según la extensión de la herida, el grado de temperatura, el estado local de la región, la secreción de las superficies cruentas, etc. En cuanto á los hilos de sutura, se cortarán en dos secciones entre el quinto y el octavo día. Hacia el décimo día, en la mayor parte de los casos, debe estar completamente curada toda amputación de mama. (*Bull. générale de Thérapeutique, etc.*, 30 abril de 1889.)

APÉNDICE

MEDICAMENTOS NUEVOS, ETC., ETC.

Antipirina (dimetiloxiquinicina).—Este pseudo-alcaloide se ha demostrado por la experiencia que es uno de los mejores antipiréticos: reduce la temperatura en todos los períodos de una afección acompañada de pirexia. La temperatura es reducida gradualmente, empezando un cuarto de hora después de la ingestión de una dosis de 50 á 60 centigramos. Germain See también la dió con éxito como un anodino en casos de reumatismo agudo, desapareciendo el dolor y la inflamación á los dos ó cuatro dias, después de frecuentes dosis de 3 gramos de una vez. Oliver refiere curaciones de corea con el uso de la antipirina, cuando todos los demás remedios no habían dado resultado *(Lancet,* vol. I, 1888, pág. 867). Jamieson cita casos de curaciones de dismenorrea grave, dolor lumbar persistente y neuralgia temporal pertinaz con la regular administración de la antipirina. Oliver la considera de gran utilidad en el tratamiento de la fiebre tifoidea *(Lancet,* mayo 5 de 1888). El doctor Forsbrook prescribió la antipirina en 100 casos de jaqueca, y observó que dosis de 75 centigramos cada veinte minutos rara vez dejaban de hacer efecto *(Lancet,* diciembre 1.° de 1889). El doctor Bokenham detalla su acción en 20 casos de epilepsia, siendo en la mayoría de ellos los resultados muy satisfactorios *(Practitioner,* abril de 1888). El valor de la antipirina en la tos ferina ha sido también confirmado por Gassicourt. Dujardin-Beaumetz considera su empleo muy útil en casos de diabetes, disminuyendo la cantidad de orina y azúcar excretada. Las tabletas de antipirina son muy agradables, evitándose con su uso la aparición de la erupción eritematosa que algunas veces sigue á su empleo, porque esta forma es asimilada más gradualmente que en solución ó polvos.

Hazelina.— Esta elegante preparación *(Hamamelis virginica)* es muy empleada por los médicos como estimulante y hemostática, estando indicado su uso en una gran variedad de casos.

Ouabaina.—Recomienda el uso de esta sustancia en el asma, pertussis y afecciones cardíacas el profesor E. Gley, que considera su acción sobre el corazón análoga al estrofanto.

Preparaciones y polvos fermentescibles digestivos (Fairchild).—La pepsina en obleas y polvo es un fermento completamente puro, sin ninguna sustancia extraña, como leche, azúcar, cal, etc. Sus ventajas son bien conocidas. Las tabletas, que contienen cada una 5 centigramos con un poco de ácido y aromáticos apropiados, es una forma elegante y agradable de administrar la pepsina.

Solución de aceite de hígado de bacalao y extracto de cebada de Kepler.—Esta preparación es un gran adelanto farmacéutico, que difiere de las llamadas emulsiones. El aceite está bajo una forma muy asimilable al estómago, contribuyendo á su perfecta absorción la diástasa contenida en el extracto de cebada. Su administración no va seguida de eructos, observándose invariablemente gran mejoría cuando se toma en afecciones debilitantes. El *British Medical Journal* considera la solución de Kepler como una «forma ideal de administrar esta grasa».

Sulfonal (dietilsulfondimetilmetane).—El beneficio obtenido con el uso de este hipnótico últimamente descubierto lo confirman la mayoría de los prácticos. En el insomnio no acompañado de afección alguna orgánica se han obtenido resultados muy satisfactorios cuando la sal no ha obrado, no habiéndose notado generalmente su difícil solubilidad en los líquidos acuosos. La forma mejor para dar el sulfonal es probablemente en tabletas comprimidas, las cuales, tomadas antes de acostarse, rara vez dejan de producir seis ú ocho horas de sueño tranquilo. El doctor Lauder Brunton considera al sulfonal como el mejor de los hipnóticos conocidos. El sulfonal no deprime la acción cardíaca como el cloral ni da á la respiración el olor desagradable que le comunicó el paraldehido. El doctor Grainger Stewart habla de los resul-

tados satisfactorios que ha obtenido con el uso del sulfonal. Boyer, como hipnótico, lo da en dosis de 75 centigramos á 1,50 gramos á las cinco de la tarde, observando que produce un sueño tranquilo á la hora ordinaria, sin que sobrevenga ningún mal resultado. *(Medical Press.*, junio 13 de 1888.)

Tabloides hipodérmicas.—Esta manera estable de preparar las sales alcaloides más delicadas para inyección subcutánea posee las siguientes ventajas sobre las soluciones ordinarias: 1.ª, hay seguridad de dar una dosis exacta; 2.ª, son portátiles, pues una caja que contenga una docena de tabloides, jeringa y agujas puede llevarse perfectamente en un bolsillo del chaleco; 3.ª, son permanentes, conservándose perfectamente en cualquier clima durante mucho tiempo; 4.ª, se disuelven rápidamente.

Tímpanos auditivos antisépticos artificiales de Ward Cousins.—Estas pequeñas membranas han sido hechas bajo la dirección del doctor Ward Cousins con algodón antiséptico comprimido y colodion plástico. Son tan ligeras que su presencia en el oído es apenas notada por el que las lleva, no causando molestia alguna cuando se colocan *in situ*. Sus propiedades antisépticas influyen beneficiosamente en el meatus, mientras que el tejido membranoso obra como un perfecto sustituto del tímpano natural. Es fácilmente colocado por el mismo paciente siguiendo las instrucciones que acompañan cada caja, y su uso está indicado en casos de perforación ó alteración de las membranas naturales.

Trementina pura.—Las propiedades de este isómero del aceite de pino puro son bien conocidas. El doctor Murrel considera su uso sistemático de muy buen resultado en el tratamiento de los catarros de invierno.

Vaporoles.—Son unas cápsulas globulares, cristalinas y friables, rodeadas de algodón en rama y encerrado el todo en un saco elegante de seda. Cuando se necesita se rompe la cápsula golpeándola contra algo duro, y se vierte el contenido en un jarro de agua caliente ó en la botella de un inhalador de cloruro de amoníaco de Veseker, ó es directamente inhalado (el nitrato de amilo, por ejemplo) rompiendo la cápsula en la palma de la mano. El vaporole es un medio elegante y seguro de prescribir los inhalantes.

Zymina.—Es un fermento pancreático puro. El *British Medical Journal*, hablando del método pancreativo de predigestión, dice que se ha probado por muchos que es útil en los vómitos urémicos, catarro gástrico, anemia perniciosa, úlcera gástrica y obstrucción pilórica é intestinal. Su adopción ha contribuído probablemente más que cualquiera de los medios terapéuticos modernos á disminuir la mortalidad en los niños. Los polvos peptonizados de zymina se venden en tubos, conteniendo cada uno una cantidad suficiente de fermentos y álcali. A cada caja acompaña las instrucciones para pancreatizar los alimentos.

INDICE ALFABETICO

PÁGINAS

Abasia trepidante, por el Dr. Charcot 21
Abbe (Dr.); sobre el tratamiento quirúrgico del tic doloroso 344
Ablación de la mama (De la), por el Dr. Terrillón 552
Absceso peritiflítico (Tratamiento del), por el Dr. Weir 55
Abscesos de la córnea (Sobre el tratamiento de los abscesos de la), por el Dr. García Calderón 508
Acido canfórico (Del) en las inflamaciones catarrales, por el Dr. Max Niessel 1
— láctico (Del) en el tratamiento de las afecciones nasales, por el doctor Astier 243
Acné frontalis; pasta de naftol ó resorcina, por el Dr. Isaac 96
— — seu-necrótico, por el Dr. Boeck 96
Afecciones cutáneas inflamatorias agudas (Acido pícrico en las), por el Dr. Calvelli 97
— de la médula espinal tratadas por el método de la suspensión (Observaciones sobre catorce casos de), por el Dr. Stewart 196
— mentales (Sobre el paraldehido en las), por el Dr. Th. Smith 208
— vesiculosas de la piel, especialmente en los niños (Sobre el uso del arsénico en las), por el Dr. Bulkley 447
Albuminuria durante el embarazo y parto, por el Dr. Meyer 133
Allingham (Dr.); suplemento importante á la operación de la colotomía inguinal 386
Almidón en enemas y supositorios, por la redacción del *Edinburgh Med. Journ* 54
Alopecia areata (Tratamiento antiparasitario de la), por el Dr. Lassar . . 99
— furfurácea prematura; tratamiento por el Dr. Lassar 99
Amputación intradeltoidea superior (De la), por el Dr. Dubrueil 338
Anemias (El bicromato de potasa en las), por el Dr. Dorado 1
— (Sobre las), por el Dr. G. See 178
Anestesia mixta y mezclas tituladas como medio de evitar ó de atenuar los accidentes de la anestesia (Sobre el uso de la), por el Dr. Arloing. 317
Angiomas de la región parotídea (Sobre los), por el Dr. Hartmann . . . 356
Antifebrina como veneno, por los Dres. Frend, Leo y Kronecker 2
— en la orina (Método rápido para descubrir la), por la redacción de la *Philadelphia Med. Surg.* 3
Antipirina (dimetiloxiquinicina) 659
— antifebrina y fenacetina (Valor comparativo de la), como antipiréticos, por el Dr. A. Crombie 171
— — en la fiebre tifoidea, por el Dr. Scott 3
Aparato de Laurenço (Sobre una útil modificación del), por el Dr. Cereseto 506
Apósito sin vendas; pasta antiséptica, por el Dr. Socin 74
Arloing (Dr.); sobre el uso de la anestesia mixta y de las mezclas tituladas como medios de evitar ó de atenuar los accidentes de la anestesia 317
Artrectomía (Casos á que debe limitarse la), por el Dr. Duncan 76
Artropatías (Sobre el tratamiento consecutivo á las), por el Dr. Guyón. 324

PÁGINAS

Asma del heno (Tratamiento del) por el galvanocauterio, por el doctor Havillnad 35
— — (Tratamiento del), por el Dr. Ch. Eloy. 34
Astier (Dr.); sobre el ácido láctico en el tratamiento de las afecciones nasales 242
Ataxia locomotriz, tratamiento por suspensión, por el Dr. Hammond. . 22
— — Tratamiento por suspensión. Resultados, por el Dr. Bernhardt. 25
Autoinfección en ginecología (Sobre la), por el Dr. Kaltenbach. 517
Azúcar de leche como nuevo medicamento diurético en las afecciones cardiacas, por el Dr. G. See 217

Banks (Dr.); empleo de la trementina y el raspado en las soluciones de continuidad 327
Bardet (Dr.); más sobre la acción terapéutica de la exalgina.. 189
Barret (Dr.); indicaciones para la cura radical de la hernia.. 391
Batling (Dr.); examen microscópico del lupus vulgar y sus relaciones con la tuberculosis; tratamiento. 450
Braxton Hicks (Dr.); sobre el tratamiento de la placenta previa y métodos para cohibir la hemorragia 525
Belladona y cáñamo indio; su uso por el recto en ginecología, por el Dr. Farlow.. 134
Bennet (Dr.); sobre el tratamiento radical de las venas varicosas. . . . 350
Bertrand (Dr.); sobre las anomalías en el tipo febril de la pulmonía fibrinosa 234
Bezanilida (La) en las enfermedades de los niños, por el Dr. Kahn . : . 4
Blenorragia (Tratamiento de la) por el escobillado, por el Dr. Huguet. 121
— crónica y su tratamiento (Sobre la), por el Dr. Castell 461
Bocio; nueva serie de 250 casos del Dr. Kocher. 88
Bond (Dr. Ch.); sobre la sutura de la herida hecha en la vejiga después de la litotomía suprapubiana. 412
Bronner (Dr.); sobre la pseudo-fiebre del heno (rinitis hipertrófica crónica); sus síntomas y tratamiento. 230
Bronquitis catarral (Tratamiento de la), por el Dr. Flascher 36
Brumm, Lilienfeld. Engelmann, etc. (Dres.); sobre la técnica de las inyecciones de ergotina en ginecología. 536
Bulkley (Dr); sobre el uso del arsénico en las afecciones vesiculosas de la piel, especialmente en los niños. 447
— — sobre el uso del ictiol y la resorcina en el tratamiento de las afecciones cutánea.s 456

Cálculo de ácido úrico (Sobre los antiácidos renales para prevenir la formación del), por el Dr. Roberts. 292
Cáncer (Vaselina y morfina como aplicación local en el), por el Dr. Richardson. 4
— del recto (Discusión sobre el tratamiento del), por el Dr. Banks. . . 56
— — (Discusión sobre el tratamiento del), por el Dr. Gill.. 57
— — (Discusión sobre el tratamiento del), por el Dr. Marsh.. 55
— — (Tratamiento medicinal del), por el Dr. Jessop.. 57
Cardiopatías (Indicaciones y contraindicaciones del empleo de los vejigatorios volantes en las), por el Dr. Jaccoud.. 31
Castell (Dr.); sobre la blenorragia crónica y su tratamiento. 461
Catarata madura (Sobre el tratamiento de la), por el Dr. Critchett. . . 479
Catarro gastro-intestinal en los niños (Tratamiento del), por el Dr. Davis 269
Cereseto (Dr.); sobre una útil modificación del aparato de Laurenço. . . 506
Cestan (Dr.); sobre algunos casos de fístulas del ano y de abscesos de la región ano-rectal. 369
Ciática (El descanso y los sacos de hielo en los casos graves de), por el Dr. W. Mitchell. 24
Charcot (Dr.); sobre las crisis laríngeas tabéticas. 202

PÁGINAS

Checsman (Dr. T. M.); esterilizador de vapor Arnold. Nuevo aparato para esterilizar la leche 278
Chimaphila umbellata (Sobre la); hierba para mear, por el Dr. Adet. . 5
Cirugía conservadora del pie y ablación del astrágalo en las resecciones tibio-tarsianas por osteo-artritis supuradas, por el Dr. Ollier. . . 322
— nasal antiséptica (Sobre la), por el Dr. Rice. 36
Cistocele inguinal (Sobre el tratamiento del), por los Dres. Monod y Delageniere. 430
Colgajos cutáneos (Sobre la trasplantación de los) por el método de Wolfe. Tres casos, por el Dr. Esmarch. 493
Colotomía inguinal (Suplemento importante á la operación de la), por el Dr. Allinghan. 386
— para el cáncer del recto (Sobre la operación de la), por el Dr. Jessop. 376
Compresión de la carótida primitiva en la hemorragia cerebral (De la), por los Dres. Spencer y Horsley. 242
Conjuntivitis catarral, por el Dr. Grasselli. 125
Convulsiones (Tratamiento de las), por el Dr. Knagges. 24
Coqueluche (Tratamiento de la) con el iodofenol, por el Dr. Rothe. . . . 38
Cornutina (Sobre el empleo de la) en ginecología, por el Dr. Thomson. 135
Coronilla y su glucóside la coronillina (Sobre la acción terapéutica de la) en las afecciones cardiacas, por el Dr. Haushalter. 223
Creolina (Sobre el empleo de la), por el Dr. Max Kortum. 7
— como antiséptico. Opiniones de los doctores alemanes Baumgarten, Behring, Eisenberg, etc. 6
— como antiseptico en obstetricia (Del empleo de la), por el Dr. Garrigues. 537
Crísis laríngeas tabéticas (Sobre las), por el Dr. Charcot. 202
Critchett (Dr.); sobre el tratamiento de la catarata madura. 479
Crombie (Dr. A.); valor comparativo de la antipirina, antifebrina y fenacetina como antipiréticos. 171
Cromocitrometría aplicada á la indicación y á la tolerancia del tratamiento mercurial y de todas las sustancias alterantes (Sobre la), por el Dr. Semmola. 475
Crup espasmódico. Su tratamiento por el opio, por el Dr. Meigs 39
— — (Sobre el tratamiento del) por el opio, por el Dr. Meigs. 241
— idiopático (Uso del aceite de trementina en el), por el Dr. Lewentaner. 39
Cuerpos extraños en las articulaciones (Extirpación antiséptica de los), por el Dr. Samuel. 76
Cullingworth (Dr. Ch.); sobre los efectos y tratamiento de la gonorrea en las mujeres. . . . . 122 y 457
Cura atópica (Sobre la), por el Dr. García Díaz. 329
Cursino de Moura (Dr.); tratamiento de la hipohemia intertropical. . 181

Dalby (Dr.); sobre el tinnitus áurium y su tratamiento. 501
Davis (Dr.); tratamiento del catarro gastro-intestinal de los niños. . . 269
Delafield (Dr.); sobre el tratamiento de las nefritis agudas y subagudas. 294
Descargas procríticas en las enfermedades agudas (Sobre las); causas del estado tifoideo, por el Dr. A. Robin. 165
D'Espine (Dr.) sobre dos formas de paralisis de los niños. 204
Delirio consecutivo á una dosis de sulfonal, por el Dr. G. Foy. 25
— é insomnio (Uso del paraldehido en el), por el Dr. M. Sympson. . . 25
Desagüe (Presión como sustituto de los tubos de) en las heridas, por el Dr. McGill. 89
— Su supresión en las grandes operaciones quirúrgicas, por el doctor G. Bœckel. 88
Desprendimiento de la retina (Tratamiento del) por la sutura con un hilo de catgut, por el Dr. Galezowski. 126
Diabetes (Sobre el empleo de la cocaína en la), por el Dr. Oliver. 307
— (Nuevo pan para los que padecen), por el Dr. Pouchet. 68

PÁGINAS

Diabetes (Opinión francesa sobre la antipirina en la), por los doctores Panas, See, Dujardin-Beaumetz, etc. . . . 69
— sacarina (Sacarina como sustituto del azúcar en la), por el doctor Purdy. . . . 70
Diarrea infantil y su tratamiento (Sobre la), por el Dr. Lord Babcock. . 274
Difteria en los niños (Tratamiento de la), por el Dr. J. Simón. 8
Difteritis (Tratamiento de la), por los Dres. Seibert y Henning. 9
Disentería en los niños (Tratamiento de la), por el Dr. Jacoby. 58
Disidrosis pompholix (Sobre la), por el Dr. Villerta Bellaserra. 454
Dismenorrea (Tratamiento de los dolores de la), por el Dr. Richard. . . 135
Disnea tóxica en las cardiopatías arteriales (Sobre la); su tratamiento, por el Dr. H. Huchard. . . . 210
Dispepsia ácida ó irritación estomacal con vómitos (Sobre los antiácidos gástricos en la), por el Dr. Roberts. . . . 289
Dubrueil (Dr.); sobre la amputación intradeltoidea superior. 338
Dujardin-Beaumetz, Daremberg y See (Dres.); sobre la profilaxia de la tuberculosis. . . . 245
Dumontpallier (Dr.); sobre el tratamiento de la metritis crónica. . . . 522
Duncan (Dr.); sobre los síntomas, curso y tratamiento de la gestación extrauterina. . . . 511
— — sobre el tratamiento del infarto glandular escrofuloso. 331

Eclampsia puerperal; tratamiento, por el Dr. Jaggard. 136
Ectima (Tratamiento del), por el Dr. Renault. 100
Eczema (Tratamiento del), por el Dr. Unna. 101
— (Tratamiento local del), por el Dr. Mackintosh. 100
— crónico (Tratamiento del), por el Dr. Lawrence. 102
— escamoso del dorso de la mano, por el Dr. Unna. 102
El hilo como material para ligaduras y suturas, por el Dr. Heyder. . . . 77
Electricidad en ginecología (Sobre la), por el Dr. Playfair. 530
Embarazo; puntos de diagnóstico en los primeros tres meses, por el Dr. Lohlain. . . . 137
Endometritis crónica (Uso del tanino y glicerina para el diagnóstico de la), por el Dr. Schultze. . . . 137
— — y catarro uterino, etc. (Electricidad en la), por el Dr. Playfair. . 138
Endoscopio de Leiter aplicado al tratamiento de las enfermedades de la vejiga (Sobre el), por el Dr. H. Thompson. . . . 422
Enemas y supositorios de glicerina (Sobre el uso de los), por el Dr. Polubiuski. . . . 263
Enfermedad de Morván. Panadizo analgésico (Sobre un caso de) seguido de autopsia, por los Dres Prouff y Gombault. . . . 348
Enfermedades del corazón (Pronóstico de las), por el Dr. Leyden. . . . 31
— de los oidos (Sobre la influencia del aire del mar en las), por el doctor Moure. . . . 499
Enuresis nocturna (Tratamiento de la), por el Dr. Baruch. 70
Epilepsia (Tratamiento de la), por el Dr. Kowaleswki. 26
Erisipela (Tratamiento de la), por el Dr. Behreng. 105
— y linfagitis. Sobre la identidad de estas dos afecciones, por los doctores Verneuil y Clado. . . . 446
Eritema, intertrigo ó escocido de los niños de pecho (Tratamiento del), por el Dr. Olavide. . . . 105
Erneot (Dr. E.); sobre la operación de Kehrer para los pezones deprimidos. . . . 542
Esmarch (Dr.); sobre la trasplantación de los colgajos cutáneos por el método de Wolfe. . . . 493
Espasmo glótico de origen nasal (Sobre el), por el Dr. Ruault. 238
Espina bífida (Tratamiento quirúrgico de la), por el Dr. Bayer. 77
Estados precancerosos de la lengua, por el Dr. Butlin. 104
Esterilización de la leche con que se alimenta á los niños, por el doctor Eisemberg. . . . 138

PÁGINAS

Esterilizador de vapor de Arnold. Un aparato para esterilizar la leche, por el Dr. T. M. Chesoman. 278
Estómago en los cardíacos (Del), por el Dr. G. See. 279
Estrabismo (Algunas consideraciones acerca del estudio del), por el Dr. Trousseau. 490
Estrecheces del esófago (Del uso de la laminaria en las), por el Dr. Senator. 60
— uretrales orgánicas profundas y su tratamiento (Sobre las), por el Dr. Keyes. 404
Estrechez del píloro (Diagnóstico de la), por el Dr. Angerer. 59
— uretral (Electrolisis lineal en la), por Mr. Lavaux. 71
Etilato de sodio en el tratamiento de la hypertrichosis (Sobre el uso del), por el Dr. Jamison. 444
Evacuación manual de la vejiga, por el Dr. Heddacens. 71
Evacuador perfeccionado de Otis (Sobre el), por el Dr. Otis. 414
Exalgina (Sobre la acción terapéutica de la), por el Dr. Bardet. 189
— Nuevo analgésico, por los Dres. Dujardin-Beaumetz y Bardet. 10

Faringitis granulosa. Estadística y tratamiento, por el Dr. Lawrence. . 40
Fernet (Dr.); de las inyecciones intrapulmonares de naftol alcanforado en la tuberculosis pulmonar. 252
Fibroides uterinos. Naturaleza y limitación del tratamiento, por el Dr. Mundé. 139
Fiebre (Sobre el tratamiento de la), por el Dr. F. Huertas. 165
— puerperal (Instrucciones á las parteras respecto á la profilaxia de la). 521
— tifoidea (El timol en la), por el Dr. Testi. 12
Fístulas del ano y abscesos de la región ano-rectal (Sobre algunos casos de), por el Dr. Cestán. 369
Foliculitis destructiva (Calvicie resultante de la), por el Dr. Jamieson. . 105
Ford (Dr.); sobre la operación de la peritomía. 482
Formación de una nueva cavidad cotiloidea, por el Dr. Ogston. 78
Forunculosis del conducto auditivo (Mentol en la), por el Dr. Cholewa. 126
Fournier (Dr.); sobre las ventajas é inconvenientes del ioduro de potasio bajo el punto de vista de su empleo en la sífilis. 465
— — sobre el pseudo-reumatismo sifilítico del período secundario. . . 477
Fractura del cuello del fémur (Tratamiento de la), por el Dr. Senn. . . 79
— de la rodilla (Nueva sutura extraarticular), por el Dr. Myles. 81
— — (Nuevo método de tratamiento de la), por el Dr. Robson. 80
— — tratada uniendo con alambres los fragmentos, por el Dr. Ceci. . 81

Gangrena del pulmón (Sobre las inhalaciones de ácido fluorhídrico en la), por el Dr. F. Huertas. 254
García Calderón (Dr.); sobre el tratamiento de los abscesos de la córnea. 508
García Díaz (Dr.); sobre la cura atópica. 329
Garrigues (Dr.); el empleo de la creolina como antiséptico en obstetricia. 537
Gaudin (Dr.); del masaje en ginecología. 544
Gestación extrauterina (Sobre los síntomas, curso y tratamiento de la), por el Dr. Duncan. 511
Gilt (Dr. Mc); sobre la prostatectomía suprapubiana en casos de retención crónica de orina por infarto prostático. 415
Gimbert (Dr. J. L.); sobre un sistema especial de inyección de ciertos medicamentos irritantes ó cáusticos. 167
Glaucoma (Indicaciones de la esclerotomía y de la iridectomía en el), por el Dr. Loshechnikoff. 127
Gonorrea (Salicilato de mercurio en la), por el Dr. Schwimmer. 122
— (Tratamiento antiséptico de la), por el profesor Du Castel. 122

PÁGINAS

Gonorrea en las mujeres (Sobre los efectos y tratamiento de la), por el doctor Ch. Cullingworth. . . . . 122 y 457
Gota (Tratamiento de la), por el Dr. Ebstein. 12
Granulaciones de la conjuntiva (Tratamiento de las) por el masaje y el ácido bórico pulverizado, por el Dr. Rohmer. 127
Grietas de los pechos, por el Dr. Mitropolski. 140
Guyón (Dr.); sobre las condiciones de receptividad del aparato urinario para la invasión microbica. 406
— — sobre el tratamiento consecutivo á las artropatias. 322

Hallopeau (Dr.); sobre los antisépticos locales propios para el tratamiento de la sífilis. 467
Hartmann (Dr.); sobre los angiomas de la región parotídea. 556
— — sobre las neuralgias vesicales. 303
Haushalter (Dr.); sobre la acción terapéutica de la coronilla y su glucóside la coronillina en las afecciones cardiacas. 223
Hazelina. 560
Hemorragias uterinas debidas á los fibromas (De la dilatación no cruenta del cuello uterino en las), por el Dr. Kaltenbach. 140
Hemorroides (Tratamiento de las), por el Dr. Potain. 61
— Tratamiento por la crisarobina, por el Dr. Kosobudski. 60
Herguета (Dr.); sobre la pulmonía infecciosa. 248
Hernia (Indicaciones para la cura radical de la), por el Dr. Barret. . . . 391
— (Operación radical de la) por el procedimiento del Dr. Barker. . . . 61
Herpes circinatus (Opiniones sobre el), por los Dres. Bule, Quinquaud, Besnier y Vidal. 106
Hidrocele (Sobre la cura radical del) por la extirpación del saco, por el Dr. A. Southam. 428
Hidrofobia (Sobre los resultados de los métodos de inoculación de Pasteur en el tratamiento de la), por el Dr. A. Ruffer. 156
Hipohemia intertropical (Tratamiento de la), por el Dr. Cursino de Moura. 181
Horsley y Spencer (Dres.); de la compresión de la carótida primitiva en la hemorragia cerebral. 212
Huchard (Dr.); la disnea tóxica en las cardiopatías arteriales; su tratamiento. 220
— — sobre el pulso lento permanente con ataques epileptiformes; su tratamiento 227
Huertas (Dr. F.); sobre las inhalaciones de ácido fluorhídrico en la gangrena pulmonar. 254
— — sobre el tratamiento de la fiebre. 163
Hydracetina; nuevo antipirético, por el Dr. Guttmann. 13

Ictericia (Pilocarpina como específico en la), por el Dr. W. Wilkowski. 62
Ictiol (Sobre el uso del) y la resorcina en el tratamiento de las afecciones cutáneas, por el Dr. Bulkley. 456
Imbert (Dr.); del puente mucoso para reconstituir el borde libre del labio inferior después de la ablación de los tumores epiteliales, según el procedimiento del Dr. León Tripier. 381
Incompetencia aórtica (Uso de la digital en la), por el Dr. Graham. . . . 32
Infarto glandular escrofuloso (Sobre el tratamiento del), por el doctor Duncan. 331
Infartos escrofulosos. Importancia del descanso, por el Dr. Treves. 90 y 340
— — Tratamiento por la trementina y el raspado, por el doctor Bancks. 91
Inflamaciones de la córnea. Sobre un nuevo método de tratar algunas formas graves de inflamaciones de la córnea, por el Dr. Walker. . . 484
Inhalaciones de cloroformo en el tratamiento de las enfermedades del corazón y de los pulmones, por el profesor Rosenbach. 33
Insomnio (Sobre el tratamiento del), por el Dr. Jastrowitz. 196

PÁGINAS

Insuficiencia cardíaca (De la tintura de estrofantus contra la), por el Dr. H. Gratz. 34
Inversión uterina. Repositor hidrostático del Dr. Gowan. 144
— — de diez y seis meses de existencia. Curación, por el Dr. Newman. 145
Inyección hipodérmica de ciertos medicamentos irritantes ó cáusticos (Sobre un sistema especial de), por el Dr. J. L. Gimbert. 167
Inyecciones antisépticas en obstetricia (Usos y abusos de las), por el Dr. Garrigues. 140
— de ergotina en ginecología (Sobre la técnica de las), por los doctores Brumm, Lilienfeld, Engelmann, etc. 536
— intrauterinas (Accidentes provocados por las), por el Dr. Magin. . . 143
Ioduro de potasio (Sobre las ventajas é inconvenientes del) bajo el punto de vista de su empleo en la sífilis, por el Dr. Fournier. 465
Irritabilidad estomacal y vómitos. Agua de cal y leche, por el doctor Roberts. 63
Isquemia local, por el Dr. Verstraeten. 81

Jabón verde en las dermatosis (Sobre las aplicaciones del), por el doctor Slocker. 440
Jamison (Dr.); sobre el uso del etilato de sodio en el tratamiento de la hypertrichosis. 444
Jastrowitz (Dr.); sobre el tratamiento del insomnio. 192
Jessett (Dr.); modo de usar las placas óseas en la cirugía intestinal, según el método del profesor Senn. 364
Jessop (Dr.); sobre la operación de la colotomía para el cáncer del recto. 376
— — sobre la operación de la proctectomía en la afección cancerosa del recto. 372
Jones (Dr.); sobre el tratamiento de la oftalmía purulenta y dacriocistitis por irrigación antiséptica. 486

Kaltenbach (Dr.); sobre la autoinfección en ginecología. 517
Keyes (Dr.); sobre las estrecheces uretrales orgánicas profundas y su tratamiento. 404
Klasson (Mlle. Anna); sobre los falsos pólipos del útero. 540

Laceraciones de la uretra en el hombre (Diagnóstico y tratamiento de las), por el Dr. Marghen. 72
Lanolina y percloruro de mercurio en cirugía, por el Dr. Gottstein. . . 91
Laparotomía por perforación del apéndice vermiforme quince horas después de la presentación de los síntomas agudos (Caso de); curación, por el Dr. Weir. 395
Laringitis crónica (Uso tópico de las soluciones de nitrato de plata en la), por el Dr. Solís Cohen. 257
Lavado del organismo en los envenenamientos (El), por el Dr. Ch. Sanquírico. 183
— estomacal en los niños, por el Dr. Seibert. 63
Lesiones de la zona motriz de la corteza cerebral (Diagnóstico de las), por el Dr. Horsley. 27
Leukoplakia buccalis (Uso del bálsamo del Perú en la), por el doctor Rosenberg. 107
Lewentaner (Dr.); sobre el tratamiento antiséptico de la viruela. . . . 174
Ligadura de la arteria tiroidea inferior (Técnica de la), por el doctor Rydygier. 83
— de las arterias uterinas, por el Dr. Gubaroff. 146
Liquen; su tratamiento por el petróleo, por el Dr. C. Paul. 108
Lord Babcock; sobre la diarrea infantil y su tratamiento. 274
Lupus vulgar y sus relaciones con la tuberculosis (Examen microscópico del); tratamiento, por el Dr. Barling. 450

PÁGINAS

Lupus vulgaris; tratamiento, por el Dr. Barling... 108
Lusk (Dr. W. T.); sobre la rotura del útero y su tratamiento. 548
Luxaciones subcoracoideas del húmero (Sobre el método de Kocher para reducir las), por el Dr. Ch. Powers. 311

Mackenzie (Dr.); observaciones de dos casos de uremia crónica tratados por la morfina. 297
Mamitis parenquimatosa y flemón de la mama (Tratamiento de la) con una cura enyesada, por el Dr. Meisel. 147
Masaje en ginecología (El), por el Dr. Gaudin. 544
Meigs (Dr.); sobre el tratamiento del crup espasmódico por el opio. 241
Membranas retenidas; tratamiento, por el Dr. Eberhart. 148
Mentol como antineurálgico; su uso interno, por el Dr. Mac Laury. 14
Metacetina (La); nuevo antitérmico, por el Dr. Maubert. 15
Metritis crónica (Sobre el tratamiento de la), por el Dr. Dumontpallier. 522
Mitchell (Dr. W.); sobre un nuevo método de suspensión en el tratamiento de la ataxia locomotriz. 207
Monod y Delageniere (Dres.); sobre el tratamiento del cistocele inguinal. 430
Moure (Dr.); sobre la influencia del aire del mar en las enfermedades de los oídos. 499
Muguet (La sacarina contra el), por el Dr. Fournier. 64

Naftol como antiséptico local (Fórmulas para el), por el Dr. Eloy. 15
Natier (Dr.); sobre el tratamiento de la otitis granulosa según el doctor Politzer. 496
Nefrectomía por sección abdominal, por el Dr. Knowsley. 148
Nefritis agudas y subagudas (Sobre el tratamiento de las), por el doctor Delafield. 295
Neuralgias (Fenacetina en el tratamiento de las), por el Dr. Ott. 28
— del trigémino (Uso del butylcloral en la), por el Dr. Liebreich. 29
— vesicales (Sobre las), por el Dr. Hartmann. 504
Neuritis óptica específica (Tratamiento de la), por el Dr. Horstmann. 128
Nueva preparación del iodoformo para las inyecciones, por el Dr. Espina y Capo. 48
Nuevo procedimiento operatorio para alcanzar los órganos pelvianos, recto, S ilíaca, etc., por el Dr. Zukerkandl. 149
Nuevos remedios en las afecciones cutáneas, por el Dr Schwimmer. 109

Obesidad (Tratamiento de la), por los Dres. Schewedinger y Œrtel. 16
Oftalmia granulosa (Tratamiento de la) por el sublimado, por el doctor Arnauts. 128
— purulenta y dacriocistitis (Sobre el tratamiento de la) por irrigación antiséptica, por el Dr. Jones. 486
— simpática (Sobre la), por el Dr. Abadie. 129
Oliver (Dr.); sobre los casos de timpanitis aguda del abdomen curados por la acupuntura. 261
— — sobre el empleo de la cocaína en la diabetes. 307
Ollier (Dr.); de la cirugía conservadora del pie y de la ablación del astrágalo en las resecciones tibio-tarsianas por osteo-artritis supurada. 522
Operación de Loreta en el estómago (Un caso feliz de), por el Dr. Treves. 398
Ord (Dr.); sobre el tratamiento de la úlcera gástrica. 258
Otis (Dr. N.); sobre los resultados de la uretrotomía dilatante. 410
— — Sobre el evacuador perfeccionado de Otis. 414
Otitis granulosa (Sobre el tratamiento de la) según el Dr. Politzer, por el Dr. Natier. 496
Otorrea; tratamiento por el ácido bórico pulverizado, por el Dr. Meyer. 130
Ouabaina, por el Dr. Gley. 560

PÁGINAS

Ovariotomía (De la oclusión intestinal después de la), por el Dr. Hirsch. 150
Ozena (Uso del bálsamo del Perú en la), por el Dr. Rosenbach. 43
— (Tratamiento por la glicerina), por el Dr. Sidlo. 42

Paraldehido y sulfonal (Efectos consecutivos del), por el Dr. Hay.. 30 y 214
Parálisis de los niños (Sobre dos formas de), por el Dr. D'Espine.. . . . 204
— general de los enajenados (Curabilidad de la), por el Dr. Voisin. . . 199
Patterson (Dr.); sobre la trichomycosis nudosa; una afección bacilar del pelo del escroto y axila. 435
Paulet (Dr. C.); tratamiento de la púrpura hemorrágica por el nitrato de plata. 186
Pelvis estrechas (Terapéutica de las), por el Dr. Dührssen. 151
Peritomía (Sobre la operación de la), por el Dr. Ford. 482
Peritonitis tuberculosa (Laparotomía para la), por el Dr. Ceccherelli. . . 65
Petit (Dr.); sobre los tumores gaseosos del cuello. 334
Pezones deprimidos (Sobre la operación de Kehrer para los), por el doctor E. Erneot. 542
Pilocarpina en las afecciones del oido, por el Dr. Kosegarten.. 131
Placas óseas en la cirugía intestinal según el método del profesor Senn, (Modo de usar las), por el Dr. Jessett. 364
Placenta previa (Sobre el tratamiento de la) y métodos para cohibir la hemorragia, por el Dr. Braxton Hicks.. 525
— (Tratamiento de la) por la versión combinada, por el Dr. Lower. . . 152
— retenida; causas y tratamiento, por el Dr. Ahlfeld.. 153
Playfair (Dr.); sobre el valor de la electricidad en ginecología. 550
Pleuresía (Tratamiento de la), por el Dr. Drzewiecki. 43
— aguda (Del empleo de la cafeina en la), por el Dr. Ch. Eloy. 44
Pólipos del útero (Sobre los falsos), por Mlle. Anna Klasson. 540
Polubinski (Dr.); más sobre el uso de los enemas y supositorios de glicerina.. 265
Polvos laxantes (Fórmula para unos), por el Dr. Dujardin-Beaumetz. . . 66
Posición del paciente en las operaciones suprapubianas (Observaciones acerca de la), por el Dr. Trandelemburg.. 425
Potain (Dr.); sobre los trastornos gastro-intestinales tuberculosos. . . 285
Powers (Dr.); sobre el método de Kocher para reducir las luxaciones subcoracoideas del húmero. 311
Preparaciones y polvos fermentescibles digestivos, por el Dr. Fairchild. 560
Proctectomía en la afección cancerosa del recto (Sobre algunos casos de), por el Dr. Jessop. . . . . 67 y 372
Prostatectomía suprapubiana en casos de retención crónica de orina por infarto prostático, por el Dr. McGill 415
Prouff y *Gombault* (Dres.); sobre un caso de enfermedad de Morváu (panadizo analgésico) seguido de autopsia 348
Provocación del parto prematuro. Dilatadores de Hegar, por el doctor Lewers. 153
Prúrigo (Del uso interno del ácido fénico en el), por el Dr. Bertolus. . 109
Prurito senil (Tratamiento del), por el Dr. Besnier. 110
Pruritus; su tratamiento por el mentol, por el Dr. Saalfeld.. 111
— ó irritabilidad cutánea (Un método de tratamiento del), por el Dr. N. Porritt. 110
Pseudo-fiebre del heno (rinitis hipertrófica crónica), sus síntomas y tratamiento (Sobre la), por el Dr. Bronner. 230
Pseudo-reumatismo sifilítico del período secundario (Sobre el), por el Dr. Fournier. 477
Psoitis supurante (Trepanación de la pelvis en la), por el Dr. Gangolphe. 84
Psoriasis (Ioduro de potasio en la), por el Dr. Haslund 111
— inveterada (Tratamiento de la), por el profesor Barduzz.. 115
Puente mucoso (Del) para reconstituir el borde libre del labio inferior

PÁGINAS

después de la ablación de los tumores epiteliales; procedimiento del Dr. León Tripier, por el Dr. Imbert. 581
Pulmonía (Sobre el contagio de la), por el Dr. Wetter. 65
— fibrinosa (Sobre las anomalías en el tipo febril de la), por el Dr. Bertrand. 258
— infecciosa (Sobre la), por el Dr. S. Hergueta. 248
Pulso lento permanente con ataques epileptiformes; su tratamiento, (Sobre el), por el Dr. Huchard. 228
Púrpura hemorrágica (Tratamiento de la) por el nitrato de plata, por el Dr. C. Paulet. 186

Quemaduras y sabañones; tratamiento, por el Dr. Zuboff. 85

Raquitismo (Tratamiento del) por el fósforo á pequeñas dosis, por el Dr. Mandelstamm. 17
Rauzier (Dr.); nuevos elementos de diagnóstico diferencial entre la úlcera y el cáncer del estómago. 266
Receptividad del aparato urinario para la invasión microbica (Sobre las condiciones de), por el Dr. Guyón. 406
Resección del recto, por el Dr. Levy. 67
— tibio-peroneo-tarsiana (Nuevo procedimiento para la), por el doctor Creus. 85
Reumatismo en la infancia; tratamiento, por el Dr. Cheadle's. 18
Rinitis atrófica y ozena; tratamiento, por el Dr. Ruault. 46
Rinoplastia (Técnica de la), por el Dr. Czerwinsky. 47
Roberts (Dr. A.); sobre los antiácidos gástricos en la dispepsia acida ó irritacion estomacal con vómitos. 288
— — sobre los antiácidos renales para prevenir la formación del cálculo de ácido úrico. 291
Robin (Dr. A.); sobre las descargas precríticas en las enfermedades agudas; causas del estado tifoideo. 165
Rotura del útero y su tratamiento (Sobre la), por el Dr. W. T. Lusk. . 548
Ruault (Dr.); sobre el espasmo glótico de origen nasal. 237
Ruffer (Dr. A.); sobre los resultados de los métodos de inoculación de Pasteur en el tratamiento de la hidrofobia. 156

Sal nueva antisifilítica (Sobre una), por el Dr. Stoukovenkoff. 474
Salol en cirugía, por el Dr. Corner. 92
Sanquirico (Dr. Ch.); el lavado del organismo en los envenenamientos. 183
Sarna (Tratamiento de la), por el Dr. Kaposi. 115
Saturnismo crónico (Tratamiento del), por el Dr. Semmola 19
See (Dr. G); del estómago en los cardiacos. 279
— — sobre las anemias. 178
— — nuevo medicamento en las afecciones cardiacas; el azúcar de leche como diurético. 216
Semmola (Dr.); sobre la cromocitrometría aplicada á la indicación y á la tolerancia del tratamiento mercurial y de todas las sustancias alterantes. 475
Sicosis; tratamiento, por el Dr. Jackson. 115
Sífilis (Sobre las inyecciones de cinabrio en el tratamiento de la), por el Dr. Soukhoff. 472
— (Sobre los antisépticos locales propios para el tratamiento de la), por el Dr. Hallopeau. 467
— y chancro blando (Tratamiento de la), por el Dr. Szadek. 123
Slocker (Dr.); sobre las aplicaciones del jabón verde en las dermatosis. 440
Solis Cohen (Dr.); uso tópico de las soluciones de nitrato de plata en la laringitis crónica. 257
Solución de aceite de hígado de bacalao y extracto de cebada de Kepler. 560
Soluciones de continuidad (Empleo de la trementina y el raspado en las), por el Dr. Banks 327

PÁGINAS

Soukhoff (Dr.); sobre las inyecciones de cinabrio en el tratamiento de la sífilis. 472
Southam (Dr. A.); sobre la curación radical del hidrocele por la extirpación del saco. 428
Sozoiodol (Acción terapéutica del), por el Dr. Nischmann. 86
Stewart (Dr.); observaciones sobre catorce casos de afecciones de la médula espinal tratados por la suspensión. 196
Stokes (Dr.); observaciones sobre la operación de la tirotomía en el tratamiento del cáncer laríngeo. 359
Stoukovenkoff (Dr.); sobre una nueva sal antisifilítica. 474
Styrona como analgésico, por el Dr. Beach. 19
Sublimado corrosivo y creolina en obstetricia, por el Dr. Garrigues. . 154
Sudor de los pies (Uso del ácido crómico en el), por la redacción del *Medical Chronicle*. 114
Sudores de los pies y de las manos (Tratamiento de los), por el doctor Unna. 115
— nocturnos (Nuevo medicamento para los); ácido agárico, por el doctor Hofmeister. 48
— — (Uso del sulfonal en los), por el Dr. Bottrich. 47
Sulfonal (dietilsulfondimetilmetano). 560
Suspensión (Nuevo método de) en el tratamiento de la ataxia locomotriz, por el Dr. W. Mitchell. 207
Sutura de la herida hecha en la vejiga después de la litotomía suprapubiana (Sobre la), por el Dr. Ch. Bond. 412

Tabletas digestivas; fórmulas antifermentescibles, por el Dr. Dujardin-Beaumetz. 68
Tabloides hipodérmicas. 561
Teína (La) como analgésico, por el Dr. Mays. 20
Teléfono (Acción del) sobre el aparato auditivo, por el Dr. Gelle. . . . 132
Tendon injertado; un caso en que dió buen resultado, por el doctor Robson. 93
Terrillón (Dr.); sobre la ablación de la mama. 552
Thompson (Dr. H.); sobre el endoscopio de Leiter aplicado al tratamiento de las enfermedades de la vejiga. 422
Tic doloroso (Sobre el tratamiento quirúrgico del), por el Dr. Abbe. . 344
Timpanitis aguda del abdomen curados por la acupuntura (Sobre los casos de), por el Dr. Oliver. 261
Timpanos auditivos antisépticos artificiales del Dr. Ward Cousins. . . 561
Tinnitus aurium y su tratamiento (Sobre el), por el Dr. Dalby. 501
Tiña tonsurante (Nuevo tratamiento de la), por el Dr. Vidal. 116
— — (Tratamiento de la), por el Dr. Jamieson. 116
Tiol (Propiedades terapéuticas del), por el Dr. Buzzi 117
Tirotomía en el tratamiento del cáncer laríngeo (Observaciones sobre la operación de la), por el Dr. Stokes. 359
Tisis (Inhalación de aire caliente en la), por el Dr. G. Sears. 49
— laríngea (Tratamiento de los sintomas dolorosos de la), por el doctor Luc. 49
Tos ferina (Antipirina en la), por el Dr. Lowe. 50
— — (Fenacetina en la), por el Dr. Heimann. 51
Trastornos gastro-intestinales tuberculosos (Sobre los), por el doctor Potain. 285
Trementina (Nueva erupción producida por la), por el Dr. E. Feibert. . 20
— pura, por el Dr. Murrell. 561
Trendelemburg (Prof.); observaciones sobre la posición del paciente en las operaciones suprapubianas. 425
Treves (Dr.); un caso feliz de operación de Loreta en el estómago. . . . 398
— — sobre el tratamiento de los infartos escrofulosos. 340
Trichomycosis nudosa: una afección bacilar del pelo del escroto y axila (Sobre la), por el Dr. Patterson. 435

PÁGINAS

Trousseau (Dr.); algunas consideraciones sobre el estudio del estrabismo . . . 490
Tubérculo de la mama (Caso de), por el Dr. P. Shattock . . . 94
Tuberculosis (Sobre la profilaxia de la), por los Dres. Dujardin-Beaumetz, Daremberg y See . . . 245
— laríngea (Uso del mentol en la), por el Dr. Osendowski . . . 51
— pulmonar (Guayacol y creosota en la), por el Dr. Bourget . . . 52
— — (Inyecciones intrapulmonares de naftol alcanforado en la), por el Dr. Fernet . . . 252
— y otras afecciones de las vías respiratorias (Del fluoruro de boro en la), por el Dr. A. Alberto . . . 53
Tumores gaseosos del cuello (Sobre los), por el Dr. Petit . . . 334

Ulcera gástrica (Sobre el tratamiento de la), por el Dr. Ord . . . 259
— y cáncer del estómago (Nuevos elementos de diagnóstico diferencial entre la), por el Dr. Rauzier . . . 266
Ulceras cancerosas; método para cubrirlas con piel sana, por el doctor Kraske . . . 117
Ungüentos nuevos, del Dr. Mannheim . . . 118
Uña encarnada (Tratamiento operatorio de la), por el Dr. Anger . . . 87
Uremia crónica tratada por la morfina (Observaciones de dos casos de), por el Dr. Mackenzie . . . 72 y 296
Uretrotomía dilatante (Sobre los resultados de la), por el Dr. N. Otis . . . 410

Vacuna sifilítica, por el Dr. Fournier . . . 124
Vaporoles . . . 561
Vegetaciones y epiteliomas, por el Dr. Baratowx . . . 118
Venas varicosas (Sobre el tratamiento radical de las), por el Dr. Bennet . . . 350
Vendaje de cuerpo húmedo (Sobre la acción somnífera del), por el doctor Altdorfers . . . 30
Verneuil y Clado (Dres.); sobre la identidad de la erisipela y de la linfagitis . . . 446
Verrugas (Tratamiento de las) por la tintura de iodo, por el doctor Imossi . . . 119
Villerta Bellaserra (Dr.); sobre la disidrosis pompholix . . . 454
Viruela (Sobre el tratamiento antiséptico de la), por el Dr. Lewentaner . . . 174
Voisín (Dr.); curabilidad de la parálisis general de los enajenados . . . 199

Walker (Dr.); sobre un nuevo método de tratar algunas formas graves de inflamaciones de la córnea . . . 484
Weir (Dr.); caso de laparotomía por perforación del apéndice vermiforme quince horas después de la presentación de los síntomas agudos; curación . . . 395

Xanthoma multiplex, plánum, tuberósum, mollusciforme, por los doctores Lehzen y Knauss . . . 119

Zóster atípicus histérico-gangrenoso, por el Dr. Kaposi . . . 120
Zymina . . . 561

LIBRERÍA DE D. CARLOS BAILLY-BAILLIERE, MADRID

Segunda edición, 1890.

LECCIONES

SOBRE LAS

AUTO-INTOXICACIONES

EN LAS ENFERMEDADES

DADAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS

DURANTE EL AÑO 1885

Por CH. BOUCHARD

Catedrático de Patología y de Terapéutica generales.

RECOGIDAS Y PUBLICADAS

POR EL DOCTOR P. LEGENDRE, JEFE DE CLÍNICA.

TRADUCIDAS POR LOS DOCTORES

M. BERNAL Y E. MORESCO

Catedráticos en la Facultad de Cádiz.

Un tomo en 8.°, buen papel y esmerada impresion.

PRECIOS:	MADRID	PROVINCIAS
	Pesetas.	*Pesetas.*
En rústica.	8,00	8,50
En pasta ó tela. . . .	9,50	10,00

EXTRACTO DEL INDICE.—LECCION I: Los grandes procesos patogénicos. — II: Producción y eliminación de venenos por el organismo. — III: Preliminares al estudio experimental de la toxicidad de los productos de emunción.—IV: De la toxicidad de las orinas.—V: Causas de la toxicidad de las orinas.—VI: Principios tóxicos de las orinas. Su papel en la producción de la uremia.—VII: Orígenes de las sustancias tóxicas de la orina. Toxicidad de la sangre y de los tejidos.—VIII: Origen de las sustancias tóxicas de la orina. Toxicidad de los plasmas y del contenido del intestino (bilis y productos de la putrefaccion).—IX: Origen de las sustancias tóxicas de la orina. Toxicidad de los productos de la putrefacción y de las materias fecales. — X: Antisepsia intestinal.—XI: Patogenia de la uremia. Distinción entre los síntomas del período pleurémico de las nefritis y los síntomas de intoxicación.—XII: Patogenia de la uremia (continuación). Discusión de las teorías exclusivas.—XIII: Patogenia de la uremia (continuación). Discusión de las teorías exclusivas.—XIV: Patogenia de la uremia (final). Parte que corresponde á las sustancias orgánicas y á las materias minerales en la intoxicación urémica.—XV: La terapéutica patogénica de la uremia.—XVI: Auto-intoxicaciones pasajeras ó agudas de origen intestinal. Estrangulación interna y constipación.—XVII: Auto-intoxicaciones intestinales agudas ó pasajeras. Embarazos gástricos. Indigestiones. Envenenamientos por los alimentos dañados.—XVIII: Auto-intoxicaciones gastro-intestinales crónicas. Dilatación del estómago.—XIX: De la dilatacion del estómago (continuación). Etiología, patogenia, terapéutica patogénica. — XX: Auto-intoxicación de origen intestinal (continuación). Fiebre tifoidea.—XXI: Terapéutica patogénica de la fiebre tifoidea. Antisepsia del medio interior.—XXII: Terapéutica patogénica de la fiebre tifoidea. Tratamiento de la hipertermia.— XXIII: Terapéutica patogénica de la fiebre tifoidea. Nuevo método de balneación en las fiebres. Alimentación de los febricitantes.—XXIV: Auto-intoxicacion por la bilis. Patogenia de la ictericia.—XXV: Ictericia grave é ictericias agravadas.—XXVI: Poder tóxico de las orinas patológicas.—XXVII: Enfermedad piociánica. Accidentes de intoxicacion en la diabetes.—XXVIII: Intoxicación por venenos patológicos. Cólera.—XXIX: Cólera (continuación).—XXX: Cólera (fin). — XXXI: Terapéutica general de las auto-intoxicaciones. — XXXII: Recapitulación general.

FARMACOPEA-FORMULARIO UNIVERSAL

QUE CONTIENE

LAS FARMACOPEAS

Austriaca, Belga, Británica, Danesa, Española, Francesa, Estados-Unidos de América, Germánica, Helvética, Italiana, Mejicana, Neerlandesa, Portuguesa y Rusa;

LOS FORMULARIOS

de los Hospitales civiles y militares de España, Francia é Inglaterra;

FÓRMULAS

de los señores ARIZA, BARDET Y EGASSE, BOUCHARDAT, DORVAULT, DUJARDIN-BEAUMETZ É YVON, GALLOIS, GONZALEZ VELASCO, GROSSER, OLAVIDE, STRÜMPELL Y OTROS MUCHOS DISTINGUIDOS PROFESORES,

Y LOS MEDICAMENTOS NUEVOS

por F. Marin y Sancho, M. Melgosa Olaechea, J. Pizá Roselló y J. Sanchez y Sanchez, bajo la direccion del Director y Redactores de *El Siglo Médico*.

Madrid, 1889. Tres magníficos tomos en 8.° mayor esmerada impresion y buen papel.

PRECIOS:	MADRID	PROVINCIAS
	Pesetas.	*Pesetas.*
En rústica.....	34,00	36,00
En pasta.....	38,50	40,50

Segunda edición, 1890.

TRATADO TEÓRICO Y PRÁCTICO

DEL

ARTE DE LOS PARTOS

OBRA ESCRITA EN INGLÉS

Por W. S. PLAYFAIR

VERSION ESPAÑOLA POR EL DOCTOR RAMON SERRET COMIN

Revisada, corregida
y aumentada segun la última edicion inglesa

Por el Doctor F. GARCÍA MOLINAS

Dos tomos en 8.°, con 188 figuras, 4 láminas en negro y 2 cromolitografiadas.

PRECIOS:	MADRID	PROVINCIAS
	Pesetas.	*Pesetas.*
En rústica.....	16	17
En pasta ó tela...	19	20