

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XV      MADRID 15 DE MAYO DE 1901      NÚMERO 334

## CASO CLÍNICO DE LESIÓN VESICAL

### HOSPITAL MILITAR DE CARABANCHEL

#### Servicio del Dr. Semprúm.

J. V. T., perteneciente al 2.º regimiento de Zapadores Mina-  
dores, ingresó en este hospital el día 5 de Febrero del corriente  
año, ocupando la cama número 1 de la sala 2.ª de Cirugía.

Al pasar la visita le encontramos encorvado en la cama, con el  
orinal entre las piernas, quejándose mucho y con el rostro demu-  
dado, que expresaba claramente el grado de sufrimiento que tenía;  
en la mesa de noche había una escupidera con esputos sanguino-  
lentos. Desde luego se suponía el sitio en que radicaba la lesión,  
pues su actitud lo estaba evidenciando; nos manifestó que en ese  
estado pasaba las noches y los días, y que haría unos diez ó quince  
que estaba así; sentía intensos dolores en el bajo vientre y en el  
glande, contínuos, exacerbados al orinar, que lo hacía á cada mo-  
mento, pues apenas podía abandonar el orinal; también aquejaba  
tenesmo rectal, dolores lumbares, más al lado derecho; la orina,  
purulenta, salía lentamente, en chorro muy débil, y á veces go-  
teando; gran hiperestesia hipogástrica, pulso frecuente y pequeño,  
lengua saburral, anorexia, trastornos gástricos, constipación y es-  
tado febril; auscultándole se notó bronquitis doble, algunos ester-  
tores finos, zona oscura en el vértice izquierdo y rudeza en el de-  
recho; ésto era lo que nos decía su estado actual. Interrogado su  
pasado, nos manifestó que desde el año 93 padecía de estrechez  
uretral, producida por unas inyecciones de nitrato de plata que le

prescribieron, tomando por secreción uretral un flujo balano-preputial que le fluía por la abertura de un fimosis, consecutivo á un chancro sifilítico; estrechez que luego se complicó con una uretritis, y así continuó hasta el 17 de Junio del año anterior, en que fué operado de la estrechez por medio de la uretrotomía interna, quedando en la vejiga la bujía conductora del uretrótomo, y á pesar de que pusieron en juego varios recursos para extraerla no lo lograron. Después de esta operación mejoró mucho, le continuaron tratando por la dilatación progresiva, y él mismo alguna vez que otra se sondaba. A mediados de Agosto empezó á sentir molestias en la micción, interrupciones en el chorro, pero sin dolor. En Diciembre se presentó el dolor, sobre todo acentuado al final de las micciones, pero sin que le molestara por las noches; poco á poco fueron tomando incremento los síntomas; al sentarse tenía que hacerlo con cuidado, de medio lado; no podía ir en coche, ni en rippers, pero sí en los eléctricos; los orines dejaban poso y eran turbios; el dolor fué haciéndose más persistente, luego continuo; los deseos de orinar más frecuente; más tarde sobrevinieron escalofríos, fiebre, dolor lumbar, estreñimiento, mal estar general y falta de apetito.

Encontrándose cada vez peor, fué á Getafe, y el *curandero* de esa localidad le recetó unas cucharadas para que tomara tres al día; al segundo día de hacerlo sintió un gran malestar, opresión al pecho, dolor de cabeza, mareos, etc., se le recrudeció un catarro bronquial antiguo, expectoró con más abundancia y algunos con coágulos de sangre; al orinar echó dos piedras y buena cantidad de pus. En vista del efecto que le causó la medicina, la suspendió; pero á pesar de eso su estado empeoraba, los esputos sanguinolentos menudeaban, y en tal situación ingresó en el hospital, donde le encontramos en el estado y posición que más arriba mencionamos.

Con los datos que anteceden y el cateterismo con sonda metálica que se le hizo, el diagnóstico, hecho *á priori* por el Dr. Semprúm, quedó fijado del siguiente modo:

I

Cuerpo extraño en la vejiga, ocupando también el cuello, cálculo rodeando la bujía, cistitis consecutiva ¿dolorosa? urétero-pielo-nefritis. Tratemos de demostrarlo: la existencia del cuerpo extraño es probada por la declaración del enfermo; esta bujía, alojada en la vejiga como cuerpo rugoso, sufre pronto modificaciones, debido á la incrustación de sales de fosfato amónico-magnesianas que se depositan sobre ella, se acumulan, y por el aumento progresivo llegan á alcanzar volúmenes variados, ocupan casi siempre el centro, y los extremos de la bujía se encuentran libres; ningún esfuerzo tenemos que hacer para demostrar la existencia del cuerpo extraño; el dato aportado por el enfermo es bien elocuente y no hay necesidad de hacer mucho hincapié en ésto.

Los primeros síntomas que acusó se refieren desde luego á la formación del cálculo; los trastornos de la micción, la frecuencia y el dolor que luego acusó, lo indican claramente; no le dolía de noche, sólo al orinar, al moverse; la interrupción del chorro, el dolor en el glande, el tenesmo rectal, todos estos síntomas tenían valor; no hubo hematurias, pero el síntoma dolor, bien estudiado, decía mucho; con los movimientos del cálculo se originaban reflejos, y de ahí la presencia del dolor en otros sitios; además producían congestiones los movimientos del cálculo, que en unión de la retención incompleta modificaba las condiciones del órgano; después de las micciones aumentaban los dolores, pues se aplicaban las paredes vesicales al cálculo; la interrupción dependía del cálculo que obliteraba el cuello; la frecuencia al orinar consecuencia también de la polinuria, por congestión refleja del glomerulo; después de esta fase, en que tal parece que la vejiga estaba aséptica, aunque en estado inminente de contagio, seguramente á consecuencia de uno de esos cateterismos que se hizo el paciente, le sobrevino la infección, la cistitis, en una palabra.

Esta infección precipita la formación del cálculo, pues por efecto de la descomposición de la urea, el amoniaco da lugar con el fosfato soluble de magnesia á la constitución del fosfato amónico magnésiano, así como también se precipita el fosfato de cal; de esta suerte el núcleo aumenta, y con él la intensidad de los síntomas. Para que esta infección vesical se haya presentado, claro es que ha sido necesario que dos factores principales hayan entrado en juego: la existencia de microorganismos y condiciones abonadas del terreno.

Los trabajos tan concluyentes realizados por nuestro distinguido amigo el sabio Profesor agregado á la Facultad de Medicina de París Dr. Albarrán, y comunicados á la Academia de Medicina de dicha capital en 21 de Agosto de 1888, acerca de la bacteria piógena (colibacilo), considerada como saprofito en aquella época, y luego conocida su acción patógena, encaminan por buena vía las experimentaciones y demuestran la causa de la infección urinaria; al año siguiente el mismo autor demuestra que no es sólo el colibacilo, sino que halla también al Profeus de Hauser, el estreptococo y el estafilococo; luego los trabajos de Le Noir, Reblaud, Melchior y otros, descubren otras especies que, como el urobacilo liquefacienx, el estreptobacilo antrocoides, el gonococo y alguna más, producen también la enfermedad; pero principalmente el colibacilo es el causante, á pesar de lo dicho en contra por Rovsing, quien sólo admite como causante de la cistitis á los microorganismos capaces de producir ammoniuria, y que aquéllos como el colibacilo, que no son ammoniógenos, no pueden producir dicha lesión.

No es cierto que esto esté probado, pues hay infección vesical con orinas ácidas, y la descomposición de la urea en muchos casos no se hace más que en débil cantidad, por lo que la transformación amoniacal no se produce, y sin embargo hay cistitis.

Estos microorganismos se hallan habitando comunmente en el surco balano-prepuccial y aun en la uretra, y nada más fácil que trasladarlos á la vejiga en uno de los cateterismos hechos por el mismo paciente. La otra condición, ó sea el terreno, me parece que

en este caso se reunían todas las cualidades necesarias para la fructificación del microorganismo: traumatismo producido por el cálculo en sus movimientos sobre el cuello y cuerpo de la vejiga; congestión por la irritación y el aflujo consiguiente de la sangre á las paredes del reservorio, y la retención, pequeña, sobre todo en los últimos tiempos, por la disminución de la cavidad vesical.

Hay que tener presente que este individuo es un antiguo urinario de ocho años por padecer estrechez uretral, y en el cual, por el grado de retención, aunque sea ligera, que ha habido, ha producido modificaciones en las condiciones, no ya de la vejiga, sino que también del uréter y pelvis renal; posteriormente sobrevino el cálculo, y la excitación que sobre la vejiga produjo, y la presencia últimamente de la cistitis con el cuadro sintomatológico descripto, pueden hacer pensar en la reducción de la cavidad vesical y la existencia de la cistitis dolorosa.

En estado normal la vejiga recibe impunemente la orina, y cuando hay una cantidad regular entra en juego la contractilidad de sus planos musculares y la lanzan por la uretra; pero cuando hay inflamación, la sensibilidad al contacto se exagera, y no soporta, ni con mucho, esa cantidad, y algunas veces pocos gramos son expelidos en seguida, por lo que los enfermos apenas dejan de la mano el orinal. No por ésto se alivia el enfermo, pues la mucosa se pliega, estruja y aplica sobre el cálculo, el dolor continúa, los planos musculares se contraen, y la compresión de los filetes nerviosos hace que la fase dolorosa sea interminable, y ésto es lo que le pasaba á nuestro enfermo. La capacidad vesical disminuye al principio por las contracciones casi continuas del recipiente, y más tarde se agrega la hipertrofia de las paredes, que en este enfermo no llegó á suceder por haberse acudido pronto á la operación. Antes de dejar este punto bueno es hacer constar que existe la duda de si este enfermo fué blenorragico, pues, como dice Guyon, hay cistitis blenorragicas que estallan tardíamente, cuando ya no existe flujo, y también que el diplococo de Neisser tiene la propiedad de activar la virulencia de los otros microbios cuando la de él

se haya agotado. Los síntomas que demuestran la existencia de la cistitis los presentaba el paciente: frecuencia de las micciones, dolor y orinas purulentas. Que era esta cistitis calculosa lo demuestra el cateterismo, comprobando la existencia de cálculos desde la uretra prostática hasta el interior de la vejiga. No quedó limitado á esto su dolencia, pues como hemos visto tuvo escalofríos y fiebre, dolor á lo largo de los uréteres y en la región lumbar, mayor cantidad de pus en la orina, síntomas que indican la participación renal en el proceso. Para que esta uretero-pielitis se haya producido, ha habido necesidad que dos medios importantes entren en acción: mecánico el uno, viviente el otro.

El factor mecánico es absolutamente necesario, pues sin él no hay lesión microbiana; está probado que los diferentes microorganismos productores de la pielonefritis pueden impunemente pasar con la orina sin causar lesión alguna; esta bacteriuria ha sido observada por muchos autores, entre ellos Roberts, Kraus, Littmaun y otros, sin que hayan comprobado alteraciones patológicas; eran orinas sin leucocitos. Para que esta infección tenga lugar, es preciso que haya alteración anatómica, y, preparado el terreno, entonces fructifican las bacterias; sabemos que los uréteres no desembocan directamente en la vejiga, sino que presentan un trayecto que serpea algo por sus paredes y mantiene así cerrada esta extremidad inferior; la orina cae gota á gota, y esta disposición anatómica hace que no pueda refluir á ellos; la dilatación de la vejiga contribuye á cerrar completamente esa abertura, y en este caso, la orina ya no puede descender del uréter. Los experimentos de J. I. Guyon y Courtade, prueban que la orina no puede refluir al uréter cuando la vejiga se deja dilatar; pero cuando ella resiste la inyección precozmente y la presión sea de cinco centímetros de mercurio, entonces puede refluir algo al uréter. Esto en estado normal, pero en estado patológico puede con más facilidad ascender el líquido vesical.

Existiendo, pues, un obstáculo en la vejiga, la orina que lanza el riñón no puede ser contenida en el reservorio urinario, y en ese

caso el uréter primero y luego la pelvis sufren alguna dilatación que, cada vez más intensa, desorganiza su textura, produce congestiones, equimosis y hasta descamación epitelial; este proceso continúa ascendiendo, invade el riñón, que con este motivo aumenta de volumen; la congestión, los equimosis y descamación del epitelio se producen lo mismo en los tubos uriníferos, sobre todo en los tubuli cortorti; estas lesiones hacen que primero haya poliuria, algunas veces intensa, y si las lesiones aumentan puede venir la esclerosis renal y todas las demás alteraciones propias del uronefrosis, hasta llegar á la atrofia renal; pero esas lesiones que acabo de señalar son intermitentes, puesto que no hay retención completa, sino tan sólo dificultad para la emisión de una cantidad de orina mayor que la normal; pero así como en ese estado pueden los enfermos permanecer algún tiempo, también es cierto que éste no es muy largo, pues la infección no tarda en presentarse, por hallar los microorganismos magníficos medios de cultivo.

El terreno preparado lo estaba en este individuo, primero por la estrechez uretral que ha padecido desde el año 93, y que alguna modificación produciría en su aparato urinario, y luego la calculosis vesical con obstáculo á la emisión de la orina.

El otro elemento necesario, el microorganismo, le encontramos con alguna abundancia en la vejiga, y puede penetrar por tres vías: ascendente ó por continuidad, descendente ó hematógena, y por la vía linfática.

La vía ascendente es la que en este caso, sin duda alguna, ha producido la infección renal; la cistitis, aumentando la sensibilidad del órgano al contacto, hace que tan pronto recibe la más pequeña cantidad de orina se contraiga y lance alguna al uréter; estando éste en condiciones abonadas para la siembra, fructifica el microbio y queda declarada la ureteritis, y más tarde la pielo-nefritis; además, sabemos que el colibacilo tiene la facultad de moverse bastante, y luchando contra la corriente asciende y penetra en el uréter. En este caso es muy fácil que la vía sanguínea haya contribuido también á la infección; el punto de partida pudo haber

sido la vejiga, que mandando á la sangre el colibacilo, á los diez ó veinte minutos se encuentra en los riñones, según resulta de las experiencias de Kraus. La sintomatología acusada por el enfermo demuestra bien la marcha del proceso; los escalofríos, la fiebre que tuvo en el mes de Diciembre, marcaron la salida de la infección de la vejiga. Leguen dice: «La fiebre en la cistitis no existe más que cuando hay complicación renal»; y Guyon asegura que la cistitis sola no produce fiebre; por lo tanto, esos escalofríos y fiebres que cuando ingresó en la clínica aún los tenía, prueban la participación renal; los dolores á lo largo de los uréteres y en los lomos, así como la mayor cantidad de pus en la orina, quitan toda duda, y robustecen el diagnóstico de urétero-pielo-nefritis.

Es claro que esta infección era ligera, pues los síntomas febriles no han sido constantes, ni subió mucho la temperatura; la lengua, saburral, no era esa lengua quemada de los estados graves; había poliuria, aunque no grande, y el dolor lumbar tenía sus intermitencias. Sospechando que en sus pulmones hubiese alguna lesión específica, fueron reconocidos sus esputos al microscopio, previa preparación con la fuschina de Ziehl, y no se halló bacilo de Koch. Se le dispuso un tratamiento adecuado á su dolencia: benzoato de sosa, terpina y morfina, cataplasmas sinapisadas al tórax, leche como alimento, baños templados pelvianos, sondaje de la vejiga y lavados vesicales cuando se podía, agua carbónica para bebida usual; con ese tratamiento mejoró mucho, y el 10 de Febrero el Dr. Semprúm le practicó la talla hipogástrica.

## II

La cistostomía suprapúbica era la operación que resolvía el problema, pues no tan sólo estaba indicada para extraer la bujía petrificada, sino que también combatía la cistitis dolorosa, favorecía la desinfección del órgano y la libre circulación de la orina, haciendo desaparecer la dilatación, restituyendo á las partes altas del aparato su estabilidad normal, y quitando causas al desenvolvi-

miento microbiano facilitaba al organismo la ocasión de desarrollar sus medios de defensa.

Anestesiado el paciente, y para producir la insensibilidad vesical, se le puso una inyección hipodérmica de un centigramo de morfina; así pudo tolerar algo más de 100 gramos de agua boricada; abierta la cara anterior se observó que la mucosa estaba enrojecida, inyectada y tumefacta en algunos puntos; no había ulceraciones, ni vegetaciones, granulaciones, ni manchas blancuzcas de leucoplasia; se extrajo la bujía, cubierta de piedras, y un tramo de ella estaba introducida en el cuello; se lavó perfectamente la vejiga, arrastrando la capa purulenta depositada en el fondo, y en vista de que el proceso no interesó la capa muscular, de que no había pericistitis y, sobre todo, la pared anterior se hallaba en buenas condiciones, se suturó totalmente, dejando una sonda permanente uretral. La herida vesical quedó bien ocluida, pues inyectando agua por la sonda no dejaba salir ni una gota; se dejó un drenaje prevesical interior y otro subcutáneo, ambos de gasa. Al día siguiente presentósele una intensa congestión pulmonar con expectoración abundante sanguinolenta, cansancio cardíaco y disuria; con inyecciones de suero artificial, fórmula de Dieulafoy, cataplasmas sinapisadas frecuentes al tórax, y leche como único alimento, al tercer día desapareció ese estado; se le continuó por espacio de seis días el lavado de la vejiga, las orinas se hicieron normales, desapareció el dolor lumbar y vesical, el estado pulmonar mejoró mucho, y el 28 de Marzo salió curado, sin aquejar molestia alguna. Aunque el caso se presta á muchas reflexiones, las dejo al buen juicio del lector para no hacer más extenso este trabajo.

E. PEDRAZA

Médico primero  
*Ayudante de la Clínica.*



## París.—Exposición Universal de 1900.

---

(Continuación).

Al mencionar el grupo I de referencia, y puesto que no he de detenerme en otros pormenores, ciertamente muy interesantes, sea con respecto á Hungría, sea con relación á lo expuesto por muchas naciones, no puedo menos de consignar la parte dilatada que en la Exposición Universal ocuparon los múltiples trabajos de «Educación y Enseñanza» reunidos en conjunto, que no era posible mirar con indiferencia entre variadas y muy importantes Secciones dispuestas en el Campo de Marte, en la vasta construcción que empezaba por el Palacio de Ciencias y Artes, cerrando por un lado el embellecido Campo, limitado al fondo por el Palacio de la Electricidad, y al opuesto lado por otra serie de magníficas instalaciones en construcción armónica.

Dejando, pues, objetos, cuadros, modelos, etc., pertenecientes á diversas *Clases* en este grupo, he de manifestar que en la correspondiente á «*Enseñanza superior é Instituciones científicas*» eran varios los Profesores de distintos Centros y Facultades que exponían instrumentos ó resultados, atestiguando el producto de una perseverante investigación. Tampoco dejó de concurrir algún Médico de escuela, como el Dr. Adolfo Juba, que expuso preparaciones, cuadros é instrumentos para facilitar la enseñanza de la higiene en las escuelas primarias superiores y en las secundarias.

Planos y vistas de los establecimientos de enseñanza superior en Hungría estaban expuestos por el Real Ministerio húngaro de Cultos é Instrucción pública.

Analizado ya el del Dr. Högyes, uno de los estudios que más podían interesar en la esfera de la Medicina, ofrecerían también, sin pasar á otras Ciencias, en esta somera reseña, materia para

larga disertación los trabajos de expositores no menos distinguidos. Así, figuraban los Dres. Kétli y Jendrássik, con métodos fotográficos para el diagnóstico; una pipeta para inoculaciones bacteriológicas; aparato portátil para cultivos en caldo, etc.; un termoregulador. El Dr. Fernando Klug, Director del Instituto de Fisiología de la Universidad de Budapest, presentaba varios esquemas, aparatos para observaciones del corazón de rana y del de perro ó conejo; diversos aparatos eléctricos para trabajos de fisiología. El Dr. Morelli, Médico Jefe de la Sección de enfermedades de la laringe en el hospital San Roque, Budapest, 29 aparatos é instrumentos de rinología y laringología, y cuadros representando las paredes del estómago durante la inyección de aguas minerales y medicamentos y después de estas inyecciones. De laringología era también lo expuesto por el Dr. Navratil, Profesor de la citada Universidad: un dilatador laríngeo de su invención y un autoinsuflador; polipotomo sistema Krause, modificado; papilotomos de diferentes formas; tijeras y pinzas para extirpar los papilomas; tenía, además, vendajes para el tórax, codo, cuello, manos, rodillas y pies, en casos de inflamación articular, y cuadros gráficos de las operaciones practicadas por dicho Doctor en una Clínica que suma desde 1865 un número de 247.403 pacientes.

Continuando esta enumeración de los expositores Médicos de Budapest, encontrábase: del Dr. Nékám, Profesor del Instituto Bacteriológico y de la Clínica Dermatológica, un aparato para esterilización del agua, destinado especialmente para los enfermos de vías urinarias. En este aparato, el agua sale esterilizada y á la temperatura que se desee, fría, tibia ó caliente, y en chorro continuo, utilizando al efecto una disposición y corvadura especial del serpentín calefactor. Una mesa de operaciones urológica, acomodable á todas las posiciones necesarias para la cistoscopia, endoscopia, sonda, masaje y lavados; telas urológicas esterilizables, ó sea piezas á propósito para aislar el campo operatorio. Un aparato para múltiples picaduras en la curación de la cuperosa. Electrodo cataforético, aplicable al tratamiento, por medio de baños locales medica-

mentosos, de los asfixiados y de enfermedades parasitarias ú otras de las extremidades. Especies de tricófiton, en número de cinco, aisladas en enfermedades observadas en Hungría. Colección de 100 fotografías escogidas, mostrando casos dermatológicos, retratados y observados en Budapest. Un escarificador, que consta de un cuchillo ú hoja romboidea, de doble filo, montado verticalmente sobre un eje, girando á beneficio del electromotor 500 á 1.000 veces por minuto, de manera que se efectúa una escarificación rápida, poco dolorosa y muy regular de superficies, aunque sean extensas. Del Dr. Adolfo Onodi, preparaciones neurolaringológicas; nervios de la laringe, respiratorios y fonéticos; sus relaciones con el gran simpático y los nervios cardíacos; las relaciones, también, del nervio laríngeo inferior con el gran simpático, con los nervios cardíacos y raíces de estos últimos; nervios de la tráquea.

Estos no eran los únicos trabajos anatómicos; así como los había histológicos del Dr. Thanhoffer, que presentaba cortes conservados y microscópicos del cerebro; fotografías, tamaño natural, del cuerpo humano; fotografías de microstatos; aparatos para el estudio de la elasticidad de las células; un corte transversal del tronco humano por debajo de la tercera costilla, en yeso y colores; corte del muslo; compresor para una serie de preparaciones microscópicas; corte transversal del tronco de un hombre, preparación conservada en glicerina, sobrecoloreada para ser reproducida por la fotografía. Modelos en cera representando el desarrollo del aparato auricular. De este último tenía el Dr. Tomka, Médico aurista, preparaciones anatómicas del laberinto membranoso, membrana timpánica, cortes del laberinto y de la caja timpánica, conducto auditivo con el tímpano y los huesecillos, el caracol y los conductos semicirculares, y otras que completan este estudio especial. La histología del sistema nervioso central, normal y patológico, estaba representada en preparaciones del Dr. Carlos Schaffer; el Dr. Perzik concurría con preparaciones bacteriológicas y macro-microscópicas, transición de lo observado á simple vista y lo que se aprecia al microscopio; el Dr. Guillermo Schulek, con cuadros gráficos,

instrumentos é índices bibliográficos referentes á la Clínica oftalmológica. La Cirugía dental tenía expositor en el Dr. Arkövy, que presentaba fijadores para fases sucesivas de fractura de la mandíbula y un dibujo esquemático de las enfermedades de la pulpa y de la membrana dentarias.

No faltaban expositores representantes de la Universidad de Klausenburgo. Envió el Dr. Davida, Director del Instituto Anatómico, trabajos de angiología de las extremidades; preparaciones notables de osteología y cortes sagitales de huesos del carpo, metacarpianos y falanges; cortes del fémur, de huesos del caballo, etc. El Dr. Ladislao Udránszky, Director del Instituto de Fisiología, un cronógrafo y otros aparatos, entre éstos uno de respiración artificial; el Dr. Carlos Lechner, Profesor de Clínica cerebral ó mental, un *psicógrafo*, aparato destinado á fotografiar los movimientos mímicos que acompañan á la acción de pensar; un aparato, *cefalógrafo*, ideado para dibujar la cabeza humana en sus superficies y sus planos diferentes; cuadros de los resultados obtenidos con estos aparatos, construídos, lo mismo que algunos otros ya nombrados, por el mecánico de la Universidad Francisco Lutze. El Director del Instituto de Medicina legal, Dr. Kenyeres, una caja estereoscópica, mostrando casos curiosos referentes á esta parte de las ciencias médicas; fotografías y cuadros en placas de vidrio, con lentes que dan al objeto la apariencia del tamaño natural. Los Dres. Esteban Apáthy, Director del Instituto Zoológico; Rodolfo Fabinyi, Profesor de la Universidad, con la colaboración de los alumnos de química Szabó, Imre y Petény; el Director del Instituto de Mineralogía y Geología, Luis Szádeczky, objetos, preparaciones y trabajos diferentes relativos á las ciencias que cada uno profesa. El Director del Instituto de Botánica, J. Istvánffy, presentó un atlas micológico y modelos de hongos para las escuelas primarias; preparaciones microscópicas; vistas estereoscópicas de la flora alpestre de Hungría, y modelo del Jardín de Plantas de Klausenburgo. Entre otros trabajos de Apáthy, principalmente micrográficos, eran de notar nuevos aparatos de microtecnia, un aparato de

congelación para micrografía y preparaciones que han servido de fundamento para el progreso de los estudios neurológicos. Un elegante folleto del director del Jardín Botánico, Dr. Istwánffy, permitía, con el texto ilustrado mediante grabados y un plano, formar concepto de tan interesante creación, en la que, para citar alguna de sus útiles secciones, recordaré la correspondiente á «Hongos», naturales unos y modelados otros, pudiendo así formarse una exacta idea y distinguirlos por las designaciones respectivas, según se advertía en la vitrina del mismo jardín, dispuesta en el «Pabellón de la Enseñanza Superior».

De insertar es aquí una mención, ya que no descripción extensa, de los aparatos que expuso el Profesor Carlos de Than, Director del primer Instituto de química de la Universidad de Budapest, destinados á los trabajos de laboratorio é investigación científica, empleados otros para la gasometría, así como para la demostración en los cursos de la Universidad, aparatos clásicos nuevos, en parte, y modificados algunos. Figuraban en los de laboratorio: un aparato para la producción del ácido sulfídrico, de tanta aplicación cuando se trata de saturar soluciones del mismo ácido en los análisis cualitativos. El frasco especial ó recipiente productor está montado sobre un frasco de Woulf que contiene el ácido, y sirve á la vez de base fija; el gas desprendido pasa por una botella en constante relación con el aparato, la que sirve para la saturación, y vuelve después al frasco de Woulf para salir á través de masa de Lamming, sin que se origine fetidez alguna. El *espectroscopio de comparación* está dispuesto para facilitar la exacta observación espectral en química analítica, venciendo dificultades originadas por el tiempo y destreza que el uso del espectroscopio requiere ordinariamente, mucho más cuando han de ser observados y comparados dos espectros á la vez. La simplificación se obtiene por medio de un espectroscopio de visión directa con prisma de comparación, y el instrumento está fijo sobre un soporte al que se han unido dos lámparas con el respectivo porta-hilo de platino, pudiendo así regularse fácilmente el que á cada lámpara

corresponde. En la llama directa se quema la substancia que se quiere analizar, y en la llama lateral la materia que se busca. Las lámparas tienen pantallas altas, especie de chimeneas cortadas á propósito, que evitan la acción de toda luz extraña; en la prolongación del tubo del espectroscopio podrían fijarse pequeñas probetas con soluciones para la observación de los espectros por absorción. El *difusioscopio* para demostrar los escapes de gas del alumbrado, y el *difusiómetro* para la determinación aproximada del gas escapado; con el primero se encuentran sin peligro alguno los puntos defectuosos por donde sale el gas de un conducto ó cañería, y de ambos forma parte principal un manómetro. Dos aparatos calorímetros, uno de cristal y otro de cobre, aquél para hielo; el segundo compuesto de tres calorímetros separado, en comunicación por la parte superior, colocados en un termostato común. Todas las partes de que este *gran calorímetro* se compone son de cobre, y ha sido construído para las medidas termoquímicas en que han de apreciarse separadamente los cambios de temperatura que se efectúan en diferentes partes del sistema expuesto á estos cambios que interesa mucho conocer en la dilatación de los gases, en ciertos estudios electroquímicos, etc.

Son ingeniosos los aparatos destinados á trabajos gasométricos y dignos de que sean conocidos, especialmente por los que han de dedicarse á estudios químicos y análisis en que es preciso tener en cuenta los datos que se refieren al previo ensayo de gases; análisis de éstos por compensación; medida de volúmenes iguales de gas; medida exacta de 10 cm.<sup>3</sup> de gas, obtenida por un aparato análogo al que sirve para la operación anterior. Hay también que citar un gasómetro de mercurio; una pipeta de precisión, con la que se sabe muy exactamente la cantidad de un reactivo introducido en un eudiómetro ó en un tubo medidor; aparato para determinar la densidad de los gases; otro para recoger los gases de manantial. Consiste el último, muy sencillo, en un embudo de largo tubo, al que va soldado un tubo lateral encorvado hacia abajo. El tubo del embudo se une á otro de caucho, por medio del que se sumerge

el embudo invertido en la fuente ó manantial; al tubo lateral se añade, por medio de un trozo de tubo de cauchú, el recipiente que ha de conservar el gas y que termina por ambos extremos en un tubito de vidrio estrechado en un punto. Sumergido el embudo, se aspira por el tubo de cauchú, y éste se aprieta ó cierra con pinza una vez llena de líquido la cavidad que aquél y su propio tubo forman; el aparato así se coloca en el punto de mayor desprendimiento de gases; al elevarse éstos rechazando el agua contenida, despiden el agua del recipiente indicado también; lleno éste del gas, se separa el aparato colocando un vaso ó receptáculo debajo del embudo, y los extremos afilados del recipiente se cierran convenientemente.

Los aparatos clásicos ó de demostración del mismo Profesor eran: para la demostración de la identidad química del agua y del vapor acuoso (por medio del sodio); para la de la ley de Mariotte y de Gay-Lussac; para la demostración comparada de las leyes de los gases y de los vapores; para el análisis del ácido clorhídrico; para la síntesis de este mismo ácido y de la sal amoniaco; para la síntesis del agua á 100°; eudiómetro clásico, empleado especialmente para determinar la composición de los gases que pueden ser, quemándolos con un exceso de oxígeno, analizados en dicho eudiómetro, el cual se utiliza en la síntesis precedente ó del agua á 100°, así como para la del bióxido de carbono y del bióxido de azufre; aparato clásico para demostrar la disociación de los vapores de sal amoniaco; para la electrolisis, teniendo éste la ventaja, sobre otros de análogo uso, de que se compone de partes fácilmente desmontables, no es frágil y requiere poco líquido; aparato para demostrar los fenómenos de la fermentación; para las proyecciones simultáneas de dos espectros. La parte esencial de este último aparato consta de dos cajas rectangulares formadas por placas metálicas, cortándose los ejes de estas cajas en ángulo recto en un plano horizontal; en la intersección de los ejes se encuentra un prisma de cristal, isosceles rectangular, colocado de modo que la hipotenusa del mismo coincide con la diagonal del ángulo recto de dichas ca-

jas. Una *bureta clásica* y una *bureta de peso*, ambas de muy útil empleo.

J. DEL CASTILLO.

Médico mayor.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**Bocio lingual.**—Esta afección, bastante rara, y por lo tanto, poco conocida, consiste en el desarrollo de un tumor estrumoso en los tejidos de la base de la lengua, á expensas de las glándulas tiroideas accesorias que hay en el espesor de dicho órgano.

Las glándulas de referencia han sido muy estudiadas en estos últimos tiempos (1), demostrándose que, á pesar de su pequeño volumen, desempeñan un importante papel fisiológico, análogo al de la glándula principal.

La identidad de su funcionalismo permite explicar por qué en ciertos casos de ablación total del cuerpo tiroides no se producen los accidentes de la caquexia estrumipriva; en tales casos las glándulas accesorias ejercen una acción substitutiva, de cuya importancia fisiológica no es posible dudar, sabiendo que ha habido casos de mixedema consecutivos á la extirpación de la glándula tiroidea lingual.

El bocio lingual, mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, puede ser congénito, pero por lo común se presenta entre los 15 y 30 años. Esta localización del bocio, que es difícil explicar, recae en la parte posterior de la lengua, cerca del *foramen cæcum*, unas veces en la misma línea media, y otras, más frecuentes, á derecha ó izquierda de la *V* lingual. Su forma es globulosa ú ovoidea; su volumen ordinario es el de un huevo pequeño, pero puede variar entre el de una cereza y el del puño; en cuanto á su estructura, presenta las mismas variedades que se han observado en el bocio cervical.

Los síntomas que acusan su presencia son de dos órdenes, físicos y funcionales. Los primeros están constituidos principalmente por una sensación molesta de plenitud, sensación de cuerpo extraño que embaraza la masticación y la deglución; la respiración sólo se altera cuando el volumen del bocio es extraordinario; la voz suele modificarse, pero en todo caso la lesión es indolente. Los síntomas obje-

---

(1) ARMEILLA.—*Tesis de Lyon*.

tivos son más característicos; nótanse, en primer lugar, hemorragias que no van acompañadas de accesos de tos, ni de vómitos ó náuseas, sino que sobrevienen espontáneamente, sin que el paciente se aperciba hasta que la boca se le llena de sangre; las gruesas venas que surcan el tumor, mal protegidas por la mucosa que las cubre, se desgarran con facilidad por la acción continuada y traumatizante de los alimentos masticados y deglutidos.

El crecimiento del bocio lingual es muy lento; sin embargo, hay casos en que se acelera por causas desconocidas ó en el curso de una enfermedad intercurrente.

La dificultad respiratoria no se observa con frecuencia, ni se han conocido casos de que el bocio lingual se inflame y supure.

El único tratamiento eficaz se comprende que sea la extirpación total del tumor.

*(Journ. de Med. et de Chir prat).*

\*  
\*\*

**Antrax. Forúnculo. Oxígeno.**—El Dr. Thiriari recomienda el empleo del gas oxígeno, por un procedimiento especial, para el tratamiento del forúnculo y el antrax.

Sólo hace falta procurarse un condensador de oxígeno comprimido á 120 atmósferas, de los que facilita el comercio. En la tubuladura del depósito se enchufa un tubo de caucho, terminado en una aguja de Pravaz ó en un tubo de cristal, según que haya de aplicarse el gas en inyecciones hipodérmicas ó insuflado en las cavidades infectadas. Hay que tener la precaución de regular la corriente de oxígeno para que no resulte demasiado impetuosa, cosa muy fácil de conseguir probando de antemano el juego de la llave de salida, teniendo sumergida la aguja ó el tubo terminal en un recipiente con agua aséptica.

Una vez desinfectada la región afecta, se inyecta el gas en el tumor, atacando el centro y la periferia del mismo, con arreglo á la extensión é intensidad del mal que haya que combatir. Para un forúnculo, basta casi siempre una inyección practicada en la base ó en la cúspide de la tumorización. Para un antrax voluminoso se requieren cuatro ó seis inyecciones que lo circunscriban totalmente; si se notan signos de gangrena, se hará llegar la inyección á todos los puntos infectados. En resumen, hay que oxigenar amplia y minuciosamente todos los puntos infectados en que se acumula el pus y los paquetes mortificados, sin temer sobrepasar los límites de la zona invadida, porque sabemos que es por la periferia por donde gana terreno la infección.

Lo que más llama la atención cuando se emplea este procedimiento, es la rapidez con que se hace visible su eficacia.

En el primer momento, al penetrar con fuerza el oxígeno en los tejidos necrosados é indurados, determina un dolor muy vivo, debido á la distensión; pero casi inmediatamente sobreviene un período de remisión y de calma que, aumentando gradualmente, permite des-

cansar al enfermo poco tiempo después de practicada la inyección. Por la noche, ó á la mañana siguiente lo más tarde, disminuye notablemente el edema periférico, se deprime y palidece el tumor, y se pierde ó se funde la dureza leñosa de los tejidos. El dolor desaparece muy luego, detiéndose el avance de la infección, disminuye y cesa la producción del pus, y en unos cuantos días se obtiene la cicatrización de forúnculos y antrax, que tardarían mucho en curar por otros procedimientos.

M. Thiriart ha tratado de este modo 18 antrax y 24 forúnculos, y en todos los casos ha obtenido un éxito completo. Por lo regular no ha necesitado más que tres ó cuatro sesiones de inyección ó insuflación, con intervalos de uno ó dos días, para poner la lesión en camino de una curación definitiva.

(*Clinique de Bruxelles*).

\* \* \*

**Angiorrafia.**—La sutura vascular que, gracias á Durante, Kummel, Garré y Murphy, ha adquirido carta de naturaleza en la práctica quirúrgica, tendrá mayor y más frecuente aplicación si se ratifica, como es de esperar, el éxito obtenido por el Dr. Troiani, Médico militar italiano, en sus recientes experimentos.

El mencionado colega ha efectuado la sutura circular completa de la arteria femoral en varios perros, y, salvo un caso en que se produjo trombus, el resultado no pudo ser más satisfactorio, puesto que la arteria recobró su continuidad.

Hé aquí el procedimiento empleado en los experimentos de referencia:

Después de hacer la hemostasia provisional por medio de una doble ligadura elástica, practica una sutura entrecortada de puntos perpendiculares á la línea de sección, valiéndose al efecto de agujas cilíndricas muy finas, enhebradas con seda del número 0; los puntos se aplican á la distancia de un milímetro, teniendo sus extremos en uno y otro trozo de la arteria á uno y medio ó dos milímetros de la línea de sección, y comprendiendo solamente las tunicas adventicia y muscular del vaso. Luego hace una sutura circular continua limitada á la túnica adventicia, análoga á la que practica Apolito para la sutura intestinal.

Para probar la firmeza de los puntos, suelta primeramente el lazo elástico colocado en la porción periférica de la arteria, comprimiendo moderadamente con un tapón de gasa, para que se establezca poco á poco la circulación colateral; la poca sangre que puede salir por el sitio de la coaptación se coagula en seguida; suprímese después la compresión, y si, como es lo general, no hay pérdida de sangre, se suelta gradualmente también el lazo colocado sobre la extremidad central.

Caso de que al aumentar la presión sanguínea se determine la hemorragia, hace uno ó dos puntos Lembert allí donde sea necesario, reaplicando ó no el lazo elástico, según las circunstancias. Si

se comprueba que no hay salida de sangre, se termina la operación con la sutura de la vaina vascular y de los demás tejidos blandos.

Este método de angiografía tiene la ventaja de que por no atravesar el hilo todas las tunicas de la arteria disminuyen los peligros de la trombosis, pues ni se altera el endotelio ni queda cuerpo extraño alguno que interrumpa la luz del vaso.

(*Giorn. med. del Reg. Eserc.*)

\*  
\* \*

**Un caso de gastrostomía.**—El *Dr. Bravo* (D. Juan) presenta una mujer operada de gastrostomía. La enferma es joven y ha disfrutado siempre de buena salud, hasta que en el mes de Septiembre del año pasado confundió una botella de lejía con otra de vino y bebió una gran cantidad de líquido, sufriendo así una cauterización muy profunda y del esófago, que trajo como consecuencia su ulceración, y al cicatrizar sus lesiones ulcerosas una estenosis esofágica tan considerable que dificultando, en un principio, el paso de los alimentos sólidos, acabó por impedir la ingestión de los líquidos, y todo cuanto la enferma tomaba para alimentarse iba depositándose por encima del espacio estrechado, hasta que las contracciones esofágicas hacían salir por vómitos las sustancias detenidas.

Conducida á la Clínica del *Dr. Madinaveitia*, éste intentó el cateterismo esofágico sin poder conseguirlo. La enferma llegaba ya á un estado de extenuación casi absoluto cuando vino á mi Clínica, y comprobado el diagnóstico creímos que lo urgente era el poder alimentar á esta mujer para sostenerla la vida, á reserva de tratar después la estenosis; era precisa la gastrostomía, y se practicó hará un mes próximamente. Esta operación, hecha por el procedimiento que pudiéramos llamar clásico, de laparotomía media supra-umbilical poco extensa, introducción de dos dedos que permitan coger la pared anterior del estómago para atraerla hasta la herida abdominal, donde se fija por puntos de sutura sero-serosa y sero y musculo-cutáneos, incindiendo después directamente la pared estomacal, ya de un modo inmediato, ó después de algunos días, para esperar á que se hayan establecido las adherencias aisladoras entre el estómago y la pared abdominal, tiene el grave inconveniente de que es muy difícil el obturar la fístula establecida, y por ella son eliminados al exterior unas veces los jugos gástricos y otros alimentos y bebidas á medio digerir. Esta salida determina una autodigestión de la piel y demás tejidos peri-fistulosos, ó cuando menos su escoriación y ulceración, y además, obliga á los enfermos á llevar constantemente un apósito ó vendaje obturador, que sobre no conseguir su objeto produce una viva molestia.

Para evitar estos inconvenientes se idearon varios procedimientos operatorios diferentes: primero, se pensó en crear á la fístula gástrica una especie de esfínter utilizando las fibras musculares del recto del abdomen, y *Hacker*, autor de la idea, laparotomiza á través de dicho músculo en vez de hacerlo por la línea media, cre-

yendo así conseguirlo, y Girard, para mayor seguridad, cruza dos fascículos musculares del recto del grueso de un dedo, el de la derecha á la izquierda y viceversa, y cree así obtener mejor un verdadero esfínter. Posteriormente, Franck, además de laparotomizar á través del músculo recto, ideó el sacar al exterior un gran trozo de la pared del estómago, á cuya base sutura el peritoneo parietal, lo eleva por delante del reborde costal, y desprendiendo una gran porción de piel va á fijar el vértice del cono estomacal al nivel de los espacios intercostales, en cuyo punto lo fija por sutura, y establece la abertura estomacal muy pequeña, suturando toda la herida primitiva de la laparotomía; con todo lo cual cree dificultar la salida al exterior del contenido del estómago.

Witzel laparotomiza oblicuamente y paralelo al reborde costal, extrae también gran porción de la pared estomacal, y colocando un tubo de desagüe sobre ella y en la misma dirección oblicua, coge á un lado y otro del tubo un pliegue de la pared del estómago, y los sutura por encima del tubo, que queda así encerrado en un conducto hecho con el mismo estómago; perfora éste sólo en la extensión necesaria para introducir el extremo inferior del tubo en el estómago, y un último punto completa la formación del conducto. Fija luego la pared estomacal por donde sale el extremo superior del tubo á la pared abdominal, y sutura el resto de la herida.

Kocher, por último, combina los procedimientos anteriores, y laparotomizando como Hacker, fijando el estómago como Franck, y colocando el tubo perpendicular y no oblicuo como Witzel, realiza un nuevo procedimiento que tiene las ventajas de todos sin sus inconvenientes.

En mi enferma me decidí á practicar el procedimiento de Kocher algo modificado, haciendo la incisión en el centro y colocando el tubo en dirección perpendicular, suturando bien el peritoneo á la parte de estómago que se herniaba, dejando un desagüe arriba y otro debajo de la herida para que tengan los líquidos fácil salida y no produzcan flemones. Y ésto lo hice: primero, porque entiendo que el papel de esfínter que se atribuye al músculo recto es problemático y dificulta la maniobra de llegar al estómago; y segundo, porque sospechaba y comprobé que en esta enferma el estómago era muy pequeño y por la línea media podría encontrarle mejor. No se arrepiente de esta modificación, porque en lo que se refiere al papel de esfínter del músculo recto del abdomen, no lo ha echado de menos, gracias al tubo de desagüe que ustedes han visto.

Desde el primer día la enferma se alimentaba por la sonda perfectamente y, aunque está delgada todavía, se encuentra mucho mejor, más nutrida, y eso que por las condiciones hospitalarias no se puede darla extractos de carne ni peptonas.

Tiene esta operación el inconveniente de que la alimentación ha de ser líquida, ó, por lo menos, de pulpas muy líquidas, y ha querido introducir carne picada, gallina muy triturada, pero no pasa por sonda tan estrecha ni aun con ayuda de la presión de una jeringa

Es, pues, gran procedimiento para empleado en los ricos, pero no para los que carecen de recursos, porque sólo con leche y caldos se tiene hambre.

El caso presentado nada tiene de particular fuera del buen resultado conseguido, que es mejor que el de los procedimientos clásicos.

El *Dr. García* dice que por la disposición de las fibras de los músculos del abdomen le parece mejor para verificar la oclusión elegir un músculo que no sea el recto. Recuerda el caso del canadiense que se alimentaba con sólidos, y, sin embargo, tenía hambre y era preciso que le dieran á masticar algo, cosa que puede hacerse con esta enferma.

El *Dr. Bravo*: La presentación del caso es prematura, supuesto que la operación es el primer jalón colocado en la cura que se ha de hacer á esta mujer. En primer lugar, la operación ha surtido efectos saludables, puesto que nos ha permitido dejar en reposo al esófago, y este reposo ha hecho que pueda tragar algo la enferma por las vías naturales, hasta hacer pasar dos bizcochos. En segundo lugar vendrá luego el cateterismo gradual, introduciéndola sondas esofágicas, al principio delgadas y cada vez más gruesas.

Si la estrechez no fuera muy extensa y no estuviera muy baja, intentaríamos una esofagotomía. Podría ser que los jugos gástricos ascendieran á pesar de ser el tubo muy largo, pero ya no es fácil que suceda al mes de operada. Y en cuanto á la sonda de tope ya no pienso ponerla, pues no la llevará de un modo permanente y se la quitaré en el momento en que la mucosa del estómago llegue á tapizar todo el conducto fistuloso. Sin embargo, la idea del *Dr. Semprúm* me parece muy racional.

La alimentación por la peptona se me había ocurrido á mí; pero la penuria de los hospitales no permite usar estos alimentos.

Me declaro conforme con lo manifestado por el *Dr. González Campo*, afirmando que debería recurrirse á esta operación aunque no fuera más que con el carácter de paliativa aun en los casos de carcinoma del esófago.

El *Dr. Semprúm* aprueba la modificación del procedimiento y su técnica, declarándose partidario de hacer la abertura alta. Hay — dice — un detalle que interesa mucho al éxito del procedimiento, que no me tranquiliza del todo, porque no hay que olvidar el estado de lubricación constante de la mucosa gástrica, que los líquidos ejercen una acción trepadora, y yo he visto casos en los que por ese derrame de jugos, aun estando la abertura alta, han sobrevenido eritemas consecutivos, y para evitar ésto, teniendo la enferma colocada una sonda de Nélaton, sería prudente la sonda que usamos para el cateterismo retrógrado, que tiene un disco que se ajusta y obtura el cuello vesical, tan propenso á inflamaciones. Otra modificación útil, por el calibre de la sonda que no permite el paso de los alimentos sólidos, es peptonizar la leche ó dar á la enferma grandes cantidades de peptona, y désela á mascar hojas de coca, que quitan por completo el hambre.

El *Dr. González Campo*: La presentación de este caso debe tener para todos importancia sugestiva; es decir, que debe servir como de propaganda para estimularnos á llevar á efecto la gastrotomía con más frecuencia, puesto que á diario nos encontramos con enfermos que tienen lesiones profundas, pero remediabiles, y que, por consideraciones especiales, si unos recomiendan ciertas operaciones, son desechadas por la mayoría. Yo creo que debemos acudir á esta operación cuando no se puede efectuar la alimentación natural, la alimentación bucal, y los tres casos en que se pueden conseguir grandes ventajas son: en los casos de quemaduras recientes del esófago, en los de retracción cicatricial y en los de neoplasias.

El *Dr. Yagüe* recuerda que para evitar el hambre que estos enfermos sienten, se ha propuesto por algunos darlos á masticar el alimento ordinario, y que luego lo arrojen en un embudo que está unido á la sonda, y de este modo se consigue también la insalivación.

(*Acad. Méd.-Quir. Española*).

\*  
\*  
\*

**Tratamiento de las otorreas crónicas.**—Publica el *Dr. Mink*, de Zwolle (Holanda), un método, que consiste:

1.º Cocainización de la vía nasal, por donde ha de pasar la sonda, por medio de un hilo de cobre, recubierto de algodón hidrófilo, mojado en una solución acuosa al 5 por 100.

2.º Introducción de la sonda y ajuste lo más profundo posible en la trompa eustaquiana.

3.º Cocainización de la trompa mediante la instilación de dos ó tres gotas de la solución dicha de cocaína.

4.º Cocainización de la caja, después de haber deshinchado la trompa, con dos ó tres gotas más de igual solución.

5.º Corriente continua de aire con las peras del pulverizador de Richardson, para que las secreciones de la caja salgan por el meato auricular.

6.º Insuflaciones reiteradas de cinco á seis gotas cada vez, de peróxido de hidrógeno, á través de la sonda.

7.º Lavado del oído por el meato auricular.

8.º Corriente continua de aire para secar la caja, y del conducto auditivo, con algodón hidrófilo.

9.º Insuflación repetida dos ó tres veces, de cinco ó seis gotas de la fórmula siguiente, de distinta concentración, según la intensidad de las lesiones:

Acido tricloracético liquefacto.....	1 á 5 partes.
Sozoyodol de sosa.....	10 »
Glicerina.....	90 »

El autor conserva el ácido tricloracético delicuescido por contacto con el aire atmosférico en un frasco, y separadamente una solución de sozoyodato de sosa en glicerina al décimo.

Cada vez que necesita emplearle, vierte el ácido gota á gota en cierta cantidad del vehículo antedicho; pero pueden guardarse rotuladas algunas soluciones medicamentosas al 1, al 3 y al 5 por 100.

Es más práctico todavía aplazar el lavado y la desecación del conducto auditivo para el final; pero pueden quedar algunas gotas en la caja, lo que es de temer.

*(Ann. des mal. de l'oreille).*

---

## SECCIÓN PROFESIONAL

---

### SERVICIOS SANITARIOS

«Excmo. Sr.: En atención al crecido número de enfermos del ejército que periódicamente concurren á Archena con el exclusivo objeto de someterse á tratamiento hidro-mineral, y teniendo en cuenta las observaciones hechas á este Ministerio sobre la conveniencia de modificar algunos de los procedimientos que hoy se siguen para dicho servicio, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer la creación, en dicho punto, de un hospital militar, de carácter temporal, en las condiciones siguientes:

1.<sup>a</sup> Constará de 100 camas para tropa y seis para Oficiales, estando abierto durante las temporadas oficiales del balneario.

2.<sup>a</sup> Dicho hospital se regirá, en todos sus servicios y documentación, por el Reglamento vigente de hospitales militares de 18 de Agosto de 1884, el de administración y contabilidad de los mismos de 15 de Junio de 1886 y disposiciones posteriores sobre la materia.

3.<sup>a</sup> Quedará encargado de la dirección del expresado hospital, con carácter permanente, para la asistencia de los enfermos militares, el Médico mayor que viene desempeñando ese servicio, nombrándose además, también con igual carácter, un Oficial de Administración Militar, y en comisión durante las temporadas oficiales, al personal, tanto de este Cuerpo como del de Sanidad, que se considere necesario para el desempeño de sus respectivos cometidos.

4.<sup>a</sup> Ingresarán en la caja del hospital 0'40 pesetas diarias del haber de cada bañista y lo que corresponda por los devengos de pan, combustible y alumbrado que determina la Real Orden de 1.º de Marzo de 1895

(C. L. núm. 64), durante los días que permanezcan en el Establecimiento, sufragándose por éste cuantos gastos origine el bañista durante su estancia en él, y abonándose la diferencia del coste de hospitalidad por todos conceptos, por el capítulo « Material de hospitales » de los presupuestos respectivos.

5.<sup>a</sup> Organizado con dicho carácter el hospital, utilizándose para este objeto el edificio propiedad del Estado que para el alojamiento de los soldados bañistas existe en Archeda, ingresarán en él todos los individuos que compongan las respectivas tandas, y se destinará, como en los demás centros análogos, una sala para Oficiales enfermos, en la forma establecida por el mencionado Reglamento de hospitales, abonándose la estancia al precio señalado para los mismos. Por separado satisfarán aquéllos los derechos del Médico Director del balneario y el importe de las aguas ú otro medio hidroterápico.

6.<sup>a</sup> Cuando la necesidad de los enfermos, debidamente justificada, exija prolongar el tratamiento hidro-mineral por más tiempo de lo ordinario, se prorrogará por el preciso, armonizando en todo lo posible los intereses del Estado con la salud de los enfermos; debiendo el Director del hospital militar formular, en dicho caso, propuesta especial, de la que remitirá copia al Jefe del Cuerpo á que pertenezca el soldado y al Inspector Jefe de Sanidad Militar de la Región.

7.<sup>a</sup> Siempre que sea indispensable para el mejor tratamiento de los soldados bañistas la prescripción de duchas ó cualquier otro procedimiento hidroterápico además del baño, el enfermo hará uso de los mismos, abonándose por el hospital el importe, cuidando el Director del Establecimiento, bajo su más estrecha responsabilidad, de adoptar las disposiciones convenientes que eviten todo abuso.

8.<sup>a</sup> En lo que se refiere á las propuestas, conducción de enfermos al balneario y regreso de ellos á los respectivos Cuerpos, se tendrán presentes las disposiciones que actualmente rigen y las que estime oportunas el Capitán General de la Región, previo informe, en los casos necesarios, del Inspector de Sanidad de la misma. Asimismo se tendrán presentes las primeras disposiciones citadas si no se oponen á las que ahora se establecen, en todo lo que concierne á haberes y devengos de los bañistas y al régimen militar que ha de seguirse en la localidad durante la estancia de enfermos del ejército en Archeda.

9.<sup>a</sup> Un Reglamento especial determinará la forma porque se ha de regir el servicio de bañistas militares en dicho Establecimiento y otros semejantes.

10.<sup>a</sup> Por el Cuerpo de Ingenieros, y con toda urgencia, se ejecutarán

en el edificio actual «Cuartel-enfermería de Archena» las obras necesarias para la instalación en el mismo del hospital militar.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 28 de Febrero de 1901.—Linares.—Sr. Capitán General de Valencia.—Sr. Ordenador de pagos de Guerra».

\*  
\* \*

#### DESTINOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Como quiera que por efecto de la excedencia en el personal de algunas clases del Cuerpo de Sanidad Militar y de la falta en otras, se han cubierto los servicios con Jefes y Oficiales de diferentes categorías á las señaladas para los destinos, sin que por ésto hayan dejado de figurar en nómina de la clase correspondiente, y á fin de evitar el dualismo que resulta de dos destinos, uno de plantilla y otro en comisión para una misma plaza, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que hasta tanto que haya personal de dicho Cuerpo, en sus diferentes clases, que permita ir cubriendo los servicios con el de la categoría que á cada destino corresponda según plantilla, se consideren como definitivamente destinados en los que ejercen en la actualidad á los Jefes y Oficiales que los sirven, aunque algunas plazas no correspondan á su categoría y han de ser desempeñadas en comisión, debiendo ser bajas en aquellos otros en que nominalmente aparecen. Los colocados que por virtud de ésto tengan que figurar en la situación de excedentes, por servir destinos de categoría diferente ó cubrir servicios nuevamente creados y no incluidos en el presupuesto actual, serán alta en la nómina de dicha situación, en cuya casilla de observaciones se hará constar esta circunstancia, abonándoseles la diferencia de sueldo con cargo al capítulo 5.º, artículo 5.º del presupuesto.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 1.º de Marzo de 1901.—Linares.—Sr. . . »

\*  
\* \*

#### SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de las diferentes consultas promovidas acerca de la Real Orden de 8 de Febrero próximo pasado (D. O. número 33), referente á la supresión del descuento del 10 por 100 en el abono de alcances por haberes personales que resultaron á Generales, Jefes y

Oficiales del ejército de Cuba, á su regreso á la Península, y con el fin de solventar las dudas ocurridas en la interpretación de la Real Orden citada, que, eso no obstante, este Ministerio juzga suficientemente explícita, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que el abono de todos los haberes satisfechos en aquella isla con fondos consignados por el Estado á los Cuerpos, y percibidos en la forma prevenida por las disposiciones que estaban vigentes en la época de su pago, se entiendan hechos de un modo definitivo, sin dar lugar á reclamación alguna por el concepto del descuento; y que únicamente los haberes que por no poder satisfacerse con fondos del Estado, lo fueron con otros, de los cuales pueden los Cuerpos hallarse actualmente en descubierto, deberán considerarse como anticipos, estando comprendidos en lo que previene la citada Real disposición, en circunstancias iguales á los que dejaron de percibirse en la Isla de Cuba, y exentos, por lo tanto, del expresado descuento.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 4 de Marzo de 1901.—Linares.—Sr. . . . .»



## V A R I E D A D E S

**PREMIO DEL DR. GARI.**—Cumpliendo la Real Academia de Medicina y Cirugía de Zaragoza la voluntad del Dr. D. Francisco Gari y Boix, expresada en el legado que le hizo, adjudicará en este año de 1901 un premio de 1.000 pesetas al autor de la mejor Memoria acerca del tema: «¿Las nociones zoológicas y patogenésicas que hoy tenemos de los hemospórideos maláricos, concuerdan con cuanto Sydenham y Bretonneau formularon acerca de los oportunidades de tiempo, dosis é insistencia respecto de la administración de la quina y sus derivados?».

Deseosa, además, la Academia de realizar la importancia del premio, manifestando así su gratitud al fundador, y queriendo cooperar al logro de su éxito, concederá dos títulos de socio corresponsal, uno al autor de la Memoria, y otro al de la que obtuviere el accésit, que será la que, en punto á mérito relativo, esté en el grado inmediato al de la primera.

Para concurrir á este certamen es preciso tener el título de Doctor ó Licenciado en la Facultad de Medicina y Cirugía, y no ser socio numerario de dicha Academia.

Las Memorias que se presenten estarán escritas en castellano, y en

letra clara y perfectamente legible, debiendo ser remitidas á casa del Sr. Secretario perpetuo Dr. D. Pablo Sen, Coso, 93, 1.º, Zaragoza, hasta las doce de la mañana del día 1.º del próximo Septiembre, en la inteligencia de que se tendrán como no presentadas, y por tanto, fuera de concurso, las que por casualidad se remitiesen fuera de este término.

Los pliegos correspondientes á las Memorias premiadas se abrirán en la sesión pública inaugural de 1902, siendo quemados los restantes en el mismo acto.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, quien podrá imprimirlas, si lo estima conveniente, y regalar una parte á los autores.

\*  
\*\*

**SOCIO CORRESPONSAL.**—Ha sido nombrado socio corresponsal de la Real Academia de Medicina de Barcelona nuestro ilustrado compañero el Dr. D. Emilio Pérez Noguera, á quien felicitamos por tan merecida distinción.

\*  
\*\*

En el presente mes de Mayo han sido amortizadas una vacante de Médico mayor y otra de Médico primero.

\*  
\*\*

Han sido nombrados para representar al Cuerpo de Sanidad Militar en la Comisión organizadora del XIV Congreso Internacional de Medicina, los Médicos mayores *D. Lorenzo Aycart y López, D. José Reig y Gascó, D. Angel de Larra y Cerezo y D. Manuel Martín y Salazar*; los Médicos primeros *D. Eduardo Semprúm y Semprúm y D. José García y Montorio*, y los Farmacéuticos primeros *D. Joaquín Estevan y Clavillar y D. José Ubeda y Correal*.

---

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

**XIII Congresso internazionale di Medicina. X Congresso internazionale d' Igiene e Demografia.**—Relazioni originali e resoconti dei delegati inviati dal Ministero. *Prof. F. Rho e Dott. M. Belli.*—Roma. 1901.

**Sociedad farmacéutica mejicana.**—Discurso leído en la sesión de fin de siglo por el *Dr. Manuel S. Soriano.*—México. 1900.

**La patria de Cervantes.**—Números 3 y 4, correspondientes á los meses de Marzo y Abril de 1901.—Bailly-Bailliére é hijos, editores.—Madrid. Plaza de Santa Ana, 10.

**Proyecto de creación de un servicio especial policial para asistir á los alcoholistas detenidos.**—Nota pasada al señor Jefe de la policía de la Capital por el *Dr. Francisco de Veyga.*—Buenos Aires. 1900.