

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO I

MADRID, 15 DE OCTUBRE DE 1887

Núm. 8

## ESTUDIOS DE DERMATOLOGÍA PRÁCTICA

### DEL ACNÉ ROSÁCEO

Una de las dermatopatías que con más frecuencia se encuentra obligado á tratar el médico, es sin duda alguna el *acné rosáceo*, conocido también con el nombre de *gutta rosácea*, *couperose* de los franceses, *caparrosa*, *acné congestivo*, etc. Dermatitis de marcha crónica, la mayoría de las veces se sitúa en la cara, en la punta y alas de la nariz, labio superior y regiones laterales del cuello. Está caracterizado por manchas de un color rosa claro, que dejan trasparentar los ramúsculos vasculares del dermis, desaparecen á la presión del dedo y suelen sembrarse de eminencias rugosas elásticas, verdaderos nódulos papulosos, más rojos que las manchas, que en determinados casos toman un volumen considerable.

Teniendo en cuenta estas distintas lesiones anatómicas, pueden para su estudio admitirse tres formas clínicas de acné rosáceo: la primera, que no se caracteriza más que por una congestión difusa de la piel de la cara, uniforme y limitada á la nariz, y mejillas: la segunda, por la presencia de nódulos papulosos, discretos ó formando grupos confluentes, extendidos sobre la superficie eritematosa: y en la tercera, estas eminencias papulosas son más pronunciadas, confluentes, irregulares y vascularizadas y deforman la nariz imprimiendo á la fisonomía un aspecto grotesco y ridículo.

Anatómicamente cada una de estas tres formas morbosas está constituida por una hipertrofia uniforme de las partes blandas de la nariz y mejillas, consecutivas al éxtasis sanguíneo de los capilares arterio-venosos que determina, en no muy largo período de tiempo, la alteración del cuerpo papilar de la piel, de los folículos y de las glándulas sebáceas que las elevan sobre la su-

perficie en virtud del desarrollo de un tejido celular de nueva formación.

Estas granulaciones hiperplásicas (segunda forma) del tamaño próximamente de la cabeza de un alfiler pequeño, son, en la primera fase de su evolución patológica, de consistencia blanda, pero luego se vuelven resistentes, duras, casi fibroideas, surcadas de vasos sanguíneos, ligeramente varicosos, que hipertrofian ó atrofian las glándulas sebáceas (Biesiadeski), alterándolas considerablemente en sus funciones. El examen histológico de estas eminencias, permite comprobar en el tejido dérmico peri-glandular, proliferaciones celulares que adoptan la forma reticulada; participando también de esta proliferación, las células endoteliales de sus conductos: éstos se encuentran también dilatados, llenos de acúmulos epidérmicos y corpúsculos purulentos.

Los síntomas que acompañan á la aparición y período de estado del acné rosáceo, no guardan proporción alguna con las lesiones patológicas que la determinan.

Los enfermos afectados de acné no acusan más que una ligera sensación de ardor y tirantez en las regiones invadidas, sobre todo cuando se ponen á la acción directa del calor, que hace aumentar el estado hiperémico, en cuyo caso suele haber pesadez de cabeza, vahidos y ligera tendencia á la congestión de los centros nerviosos, molestias que no preocupan tanto como las deformidades á que da origen.

Las causas que provocan el acné rosáceo son muy variables.

Los individuos expuestos al viento y á la intemperie suficientes á producir cambios en la circulación periférica (sudor y frío) están predisuestos á padecerlo en virtud del estado *parético* en que se colocan los vasos capilares más finos del tegumento, que retardan la corriente circulatoria en los puntos que van á ser invadidos. La época de la pubertad en los dos sexos y la menopausia en la mujer, son causa de su desarrollo, y en ésta última, ciertas alteraciones funcionales del útero, sobre todo los desarreglos de la evolución menstrual.

Ciertos estados gastro-intestinales, en particular la dispepsia crónica, como también algunas lesiones del órgano central de la circulación, (insuficiencias valvulares) pueden producirlo, tomando entonces las manchas de la primera modalidad morbosa que dejamos descrita, el aspecto de un eritema rojo surcado de

vasos capilares y extendido por la piel de las mejillas y de la nariz.

Una de las circunstancias etiológicas más conocidas y que obran directamente en la presentación del acné, es el abuso habitual de las bebidas alcohólicas y fermentadas. En los bebedores de aguardiente, el eritema ocupa casi la totalidad de la nariz, presentando un color brillante ó azulado oscuro, y en cambio en los bebedores de cerveza la rhinophima toma un color cianótico característico.

Según Bazin el acné rosáceo es una de las lesiones sintomáticas que señalan el artrismo, opinión que estamos muy lejos de rechazar, como lo hacen la mayoría de los autores, pues estamos convencidos, basándonos en un crecido número de observaciones de nuestra práctica particular, de que muchas veces *es el centinela avanzado de las manifestaciones profundas del reumatismo*, si no alterna con ellas, á más de tener una sintomatología propia y exclusiva que le caracteriza (1). Todo lo que directa ó indirectamente pueda dar lugar á un estado irritativo de la piel, como la ingestión de los preparados á base de iodo, y las sustancias excitantes que entran en la composición de algunos cosméticos y depilatorios, puede provocarlo también, aunque su acción es pasajera y nunca la erupción alcanza la intensidad de las formas que acabamos de enumerar.

Por regla general, el diagnóstico de esta lesión cutánea, no suele producir dificultad alguna, aunque exista al mismo tiempo el *acné vulgar* (comedon, acné punctata), puesto que en este último la lesión está sola y exclusivamente localizada en los folículos sebáceos, presentándose más bien en forma de pústula ó de pequeña pápula con un punto negro central en su parte más alta. Otro tanto diremos de la *sifilide tuberculosa* y del *lupus*, que además de no ofrecer la riqueza vascular de los tubérculos acnéicos, nunca éstos son tan grandes ni da origen su evolución á transformaciones regresivas que traen tras de sí la ulceración en cicatrices específicas. No sucede así con la *rhinophima* ó acné que puede confundirse con el *rhinoescleroma*, y carcinoma de la nariz.

---

(1) Sus brotes son en el invierno; su coloración eritematosa tiende á la lividez y su extensión se generaliza especialmente por el labio superior más que por ninguna otra parte, invadiendo los folículos pilosos, convirtiéndose entonces en verdaderos acnés pilaris.

El *rhinoscleroma*, enfermedad descrita por primera vez por el Doctor Hebra, de Viena, en 1870, está constituida por eminencias papulosas en forma de placas de color rojo, situadas en las alas de la nariz, que se extienden hacia la mucosa nasal invadiendo el tabique, (circunstancia que no se observa nunca en la enfermedad que nos ocupa, pues sus elevaciones no traspasan el límite de la piel); que ha sido considerada, según la opinión de Frisch y Pellizari, como de naturaleza bacteriana, y que es muy raro poderla observar en Francia, Bélgica y España. El carcinoma en su primera evolución (tubérculo inicial), puede semejar un tubérculo acnéico, tanto por su forma como por la situación que ocupa generalmente en el ala de la nariz en inmediata relación con el surco naso-geniano. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el tubérculo carcinomatoso casi siempre es único y el tubérculo acnéico es múltiple.

El color de este último es rojo vivo, indicio de un exceso de vitalidad; en cambio el carcinomatoso, fuera de su estado fungo-ulceroso, es pardo moreno, con apariencias de insignificante berruga, coarrugado y cubierto de una tenue capa de hojuelas epidérmicas que al desprenderse dejan una ligera exulceración que se extiende longitudinalmente hacia el surco naso-geniano. Al cabo de algún tiempo, esta superficie ulcerosa se hace vegetante y sangra con facilidad.

El acné rosáceo en su primera forma es una dermatosis de favorable terminación, y que no tiene importancia alguna; no sucediendo así en su tercera variedad (tubérculo) que además de no desaparecer en muchos casos y reproducirse con frecuencia, deja tras de sí deformidades irremediables que afean y disfiguran la fisonomía.

Siendo debido el acné, en la mayoría de los casos, á una alteración general de la economía ó de un órgano en particular, las indicaciones terapéuticas deberán dirigirse tanto contra la causa, como contra la lesión local; así que los amargos, los ferruginosos, los alcalinos, estarán indicados en las mujeres cloróticas y dismenorréicas; los alcalinos en los artríticos y dispépsicos, y estas medicaciones, unidas á la higiene, hidroterapia y balneación mineral, modificarán casi siempre el estado general. El tratamiento que tiene por objeto hacer desaparecer la lesión anatómica, variará según el período en que la afección se encuentre, y muy

principalmente, según la modalidad patológica. El tratamiento local, está dirigido á modificar enérgicamente las superficies invadidas, para lo que se emplean sustancias más ó menos activas, todas ellas capaces de producir una inflamación local, que puede ser sustitutiva, siempre que la lesión característica del acné se refiera solamente al estado hiperémico ó de ligera exudación (primera y segunda forma), porque en el estado de pápula y tubérculo de consistencia fibroidea, el más activo irritante, no es suficiente para destruirlo, teniendo que apelar á los procedimientos quirúrgicos que más tarde mencionaremos. Forman la base de los lavatorios y pomadas empleadas por los dermatólogos, para modificarlo en sus dos primeras formas, el azufre, el sublimado y la tintura de iodo. El azufre se usa en forma de pomada, y mejor todavía, unido á líquidos, cuyas propiedades aumenten su poder excitador; he aquí la fórmula que nosotros usamos siempre:

Flor de azufre. . . . .	15 gramos.
Eter sulfúrico. . . . .	15 —
Alcohol alcanforado. . . . .	70 —
Agua destilada. . . . .	290 —

Esta disolución se emplea en lavatorio por mañana y noche, no secándose después, y cubriendo la piel con polvo tenue de almidón. Después de los dos ó tres primeros lavatorios, la lesión se exacerba, y en algunos casos provoca hasta nuevos brotes; pero después la dermatitis empieza á ceder, y cambia por completo el color de las manchas. De resultados no menos satisfactorios es la disolución aconsejada por Guibout para lavatorio.

Sublimado. . . . .	1 gramos.
Agua destilada. . . . .	120 —

de cuya disolución se pone una cucharada de las de café, en una cuarta parte de un vaso de agua, cubriendo la erupción, como en el anterior, con el polvo tenue de almidón. En las pomadas entran casi las mismas proporciones de la sustancia activa, unidas á la manteca, y mejor todavía á la vaselina, debiendo entonces recurrir las partes, después de fricciones, con el papel *gutta-percha*. Las fricciones, como el lavatorio á base de sublimado, deben de repetirse cada tercero ó cuarto día, con el fin de no provocar una violenta irritación.

Algunos dermatólogos alemanes, Neuman, Kaposi, Auspiz,

suelen dar la preferencia al emplasto hidrargírico que solo emplean por la noche. Sobre que los resultados con él obtenidos no superan á los que se consiguen con las disoluciones antes citadas, no debemos preferirle, pues que su desprendimiento diario exige el lavado de los sitios enfermos, con el fin de desembarazarlos de la sustancia desprendida del emplasto, y siempre se da lugar á que los frotos repetidos obren como nuevas causas de irritación, destruyendo los efectos que con él se hayan podido obtener. Cuando las pápulas son demasiado gruesas y adquieren todos los caracteres de tubérculos fibroideos, la rubicundez es demasiado intensa y los vasos llegan á constituir verdaderas telangiectasias, se ha aconsejado hacer escarificaciones ó incisiones múltiples con el fin de destruir los vasos. Para llevar á cabo esta operación, se puede emplear un escarificador simple ó el hecho construir por Th. Veiel (que no consiste más que en seis lancetas colocadas paralelamente y sujetas á un mango), como también el escarificador múltiple de Squire, cuyas hojas cortas y anchas son de más fácil manejo que el anterior. Nosotros nos servimos de la aguja de Hebra (que termina en forma de lanceta con corte por los dos lados) y la encontramos muy manuable. Para proceder á las escarificaciones de la piel telangiectásica, si éstas han de ser muy extensas, conviene cloroformizar al enfermo, y si el número de escarificaciones es corto y se han de practicar sobre una zona limitada, se hará, minutos antes de la operación, un lavado por medio de un pincel impregnado en una disolución de cocaína. A este lavado debe preceder otro que procure la desinfección de la zona en que han de recaer las incisiones, para lo cual se aplicarán doce ó veinticuatro horas antes fomentaciones con una disolución antiséptica sublimado, ácido bórico, timol). La técnica de la operación se reduce á trazar por medio del instrumento elegido una serie de incisiones paralelas bastante aproximadas, y que se extiendan algunas líneas más allá de los puntos limítrofes de la placa ó placas acnéicas, procurando que dichas incisiones comprendan también las eminencias tuberculosas. La hemorragia que se produce suele ser bastante considerable, pero es fácil de cohibir haciendo una suave compresión por medio de una esponja impregnada en la solución antiséptica que se haya elegido para la desinfección. Una vez la operación terminada, puede cubrirse la parte con algodón ó mejor con pequeños trozos de gasa

antiséptica, y colocar después un apósito á dejar al descubierto la región traumatizada (como lo hacemos nosotros), puesto que la sangre coagulada entre la trama de la gasa forma una escara impermeable á los agentes exteriores. Pasados dos ó tres días suele ser completa la cicatrización de las escarificaciones y entonces conviene levantar el apósito, para lo cual se humedece éste con la solución antiséptica, con objeto de evitar sean dolorosas las tracciones, y se lavan y espolvorean después las partes con polvos de iodoformo, cubriéndolas con algodón boratado ó salicílico. Estas curas se practicarán de cuatro á seis días consecutivos, pues en este período de tiempo ya suele en algunos casos conseguirse la modificación de la placa acneica, apareciendo más pálida y menos elevadas las superficies granulosas en virtud de la destrucción y obliteración de las ramitas artero-venosas del cuerpo de Malpighio que sostienen el estado hiperémico. Si con la primera sesión de escarificaciones no se obtiene el resultado que se desea, puede practicarse una segunda y tercera, guardando un intervalo de ocho á diez días por término medio entre cada una, con la seguridad de que el enfermo quedará curado; no olvidando por esto el tratamiento general si se sospecha pueda estar sostenida la afección por un estado discrásico.

J. PÉREZ ORTIZ

Médico 1.º

---

## PROFILAXIS DE LA FIEBRE TIFOIDEA

---

Los organizadores del *Congreso internacional de Higiene y Demografía* habían invitado á M. Brouardel á dar una conferencia acerca de las *condiciones de propagación de la fiebre tifoidea*, y este sabio higienista francés, al acceder á tan galante invitación, ha proporcionado al Congreso una de las sesiones más interesantes, y ha conseguido con su discurso, compuesto de elegantes períodos, se acepten incondicionalmente las conclusiones que se desprenden de los datos acumulados en el desarrollo del tema. Hizo objeto de éste la exposición de las recientes conquistas hechas por la Higiene, basando en ellas si no la seguridad de hacer desaparecer por completo las epidemias de fiebre tifoidea, la po-

sibilidad, al menos, de hacerlas más raras y reducir notablemente la cifra de las víctimas que, de un modo constante y no interrumpido causa.

Tratando de tomar la cuestión en el punto en que la dejó Mr. Arnould en el Congreso de Génova de 1882—en cuya época se consideraban sospechosas las materias fecales por todos los epidemiólogos, y para algunos no podían aquéllas crear un foco epidémico si no procedían de un tifoideo—faltaba averiguar cómo penetraban los gérmenes en el cuerpo de los individuos que después sufrían los efectos de la infección, en el caso de que las materias escrementicias que los contuvieran hubieran sido depositadas en un basurero ó debajo de tierra; quedaba, por resolver, en una palabra, si la propagación tenía lugar por el aire, por el agua, por emanaciones telúricas ó por contacto; y este es el problema que según M. Brouardel puede darse como resuelto, gracias á las recientes conquistas de la ciencia.

En apoyo de la posibilidad de la propagación de la fiebre tifoidea por el agua, aduce dicho autor hechos comprobados y estudios bacteriológicos decisivos; funda también en ejemplos incontestables la posibilidad de la trasmisión por el aire, y acepta como indiscutible la contaminación directa, por más que reconoce que es sumamente rara esta última clase de infección.

Sentimos muy de veras que la extensión del magnífico discurso de Brouardel nos impida que lo reproduzcamos por completo como sería nuestro gusto; mas ya que nos creemos obligados á extractar lo más importante de él para conocimiento de aquellos de nuestros lectores que no hayan tenido la fortuna de leerlo íntegro en *Le Progrés Médical* correspondiente al 8 del actual, transcribiremos siquiera el último párrafo de dicho discurso, al cual siguieron los aplausos y aclamaciones entusiastas de cuantos asistieron á la apertura del Congreso internacional de Viena.

«En Higiene pública—dijo—no basta discutir y presentar pruebas académicas. Hace falta deducir conclusiones prácticas de hechos científicamente establecidos: es preciso que sea tan fuerte nuestra convicción acerca del valor de las demostraciones que no vacilemos en aceptar, frente á frente de los poderes públicos, la responsabilidad de nuestros consejos. ¿Resiste alguno á los hechos que acabo de exponer? Los gérmenes de la fiebre tifoidea tienen por vehículos el agua y el aire, los ropas de los enfermos



y las manos de los que les asisten; bajo el punto de vista del tributo que pagan las poblaciones á dicha enfermedad, el agua tiene á su cargo el 90 por 100 de los casos. Cuando un depósito de agua está profanado por bacilos tíficos, envenena una familia si se trata de un pozo, un grupo de vecinos si se trata de un surtidor, una ciudad entera cuando es un río ó un manantial lo que se halla infectado. Ahora bien, higiénicamente hablando, nos es más fácil por fortuna poner el agua de una población al abrigo de toda suciedad que impedir que el aire se vicie con una deyección inmunda. La experiencia nos ha enseñado que las grandes poblaciones son precisamente en las que se perpetúan las epidemias de fiebre tifoidea y tiene su origen la trasmisión de dicha enfermedad. Quizá resulte oneroso proporcionarse agua pura y distribuirla á una población, pero al fin y al cabo es posible; ¿no se ha dicho y repetido con razón que nada cuesta tan caro como una epidemia? ¿No es cierto que una enfermedad que mata mil ó dos mil personas cada año, grava, bajo el punto de vista económico, más cruelmente una población que el impuesto que hubiese permitido ahorrar la vida de algunos millares de ciudadanos muertos á la edad de 15 á 25 años, edad en que se debe mucho y no se ha dado nada á la patria?

Es preciso de todo punto, si participáis de mi opinión, que hagamos en todos los países un enérgico esfuerzo y que no dejemos de predicar la mejor lucha, la de la preservación de la vida humana. Nuestras pruebas son suficientes. Solo falta convencer á los poderes públicos; si éstos vacilan es porque ven que existen disidencias entre los mismos médicos.

¿Hay alguno entre nosotros que se atreva á sostener una opinión inversa, y que tenga convicciones opuestas bastante vigorosas, para decir que el agua en que se vierten deyecciones de tíficos no produce la fiebre tifoidea? Si hay alguno aquí, que se levante y que asuma, ante nuestros sucesores, la responsabilidad de las muertes que su resistencia podría acarrear».



## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

**Fracturas: Masaje.**—Entre las observaciones de fracturas tratadas por el masaje de que ha dado cuenta el Dr. Lucas Championniere á la *Société de Chirurgie*, figura una muy interesante del Dr. Oviön: se trataba de una fractura del maleolo interno, diastasis peroneo-tibial, y luxación del astrágalo: la reducción fué fácil, y el citado médico aplicó un vendaje enyesado: el día décimo se empezó á practicar el masaje; el 25.º se colocó un vendaje silicatado; y al 38.º volvió el enfermo á sus faenas de enfermero. Al relatar este caso M. Championniere, dijo que él no hubiera esperado hasta el día décimo; y aconsejó se haga uso de un aparato ceñido que permita el masaje inmediato. Opina este último autor que el masaje no es peligroso; que lejos de entorpecer la consolidación, la favorece, haciendo que se reabsorba la sangre extravasada; y que en las fracturas complicadas debe esperarse á que la herida haya cicatrizado. Dice también que él lo emplea en las fracturas de la pierna y en las de la extremidad superior del húmero, y que si se rechaza el masaje en nombre de los grandes principios de inmovilización, esto demuestra sencillamente que los grandes principios son erróneos.

M. Franck citó dos observaciones de fractura del radio, y una fractura de la pierna en que el masaje se hizo desde el tercer día, y el día 25 pudo soportar el enfermo un penoso viaje.

(*Le Praticien*).

\* \* \*

**Hidrtartrosis de la rodilla: Inyección fenicada.**—El Dr. Terrillón ha curado una hidrtartrosis de la rodilla por medio de la punción é inyección fenicada al tres por ciento. M. Reelus ha logrado el mismo éxito en un caso de hidrtartrosis determinado por un pinchazo en la rodilla: el doctor Richelot elogia también este procedimiento; y M. Bouilly que no ha alcanzado resultados tan felices, atribuye el fracaso á la existencia de un cuerpo extraño intra-articular.

(*Le Praticien*).

\* \* \*

**Litiasis renal: Tratamiento.**—M. Ralfe ha presentado á la Sociedad de medicina de Londres muchas arenillas del tamaño de un guisante expulsadas con la orina por varios enfermos después de un tratamiento prolongado. Para disociar el cálculo, aconseja el agua destilada en abundancia; la trementina y el lithium para hacer que disminuya la tumefacción de la mucosa; y durante el período de expulsión prescribe los polvos de Dower y las enemas calientes. M. Maguire, que opina como el Dr. Ralfe, no tiene gran confianza en las aguas minerales, y cree que se pueden tratar los enfermos donde quiera que se encuentren.

(*Cour. med.*).

\* \* \*

**Hernia estrangulada: Kelotomía.**—Según el Dr. Reclus se debe recurrir á esta operación tan luego como se vea que son infructuosas las tentativas de taxis. Durante el año escolar, el citado autor ha practicado con éxito la kelotomía en cinco casos de hernia extrangulada (tres hernias

crurales y dos inguinales) en su clínica del Hotel Dieu; y después de dar cuenta de los principales detalles de las cinco observaciones, formula las conclusiones siguientes: 1.<sup>a</sup>, en presencia de una extrangulación herniaria no se debe abandonar al enfermo sino después de la reducción perfecta de la hernia: 2.<sup>a</sup>, se operará lo más pronto posible: *a* por la taxis; *b* por la taxis bajo la acción del cloroformo; *c* por la ketotomía: 3.<sup>a</sup>, hecha la operación no se practicará el desbridamiento que es un tiempo de ésta inútil y peligroso: 4.<sup>a</sup>, si no hay inconveniente alguno ni temor de cortar el conducto deferente, se hará la ligadura del cuello y la resección del saco; pero si hay algún peligro se practicará sólo la ketotomía.

(*La France med.*).

\* \* \*

**Disenteria: Cannabis indica.** — En tres casos de disenteria subaguda y en uno de disenteria crónica en que la ipecacuana y el opio, solos y combinados, y las enemas de nitrato de plata, así como otros varios medios de tratamiento, no habían dado resultado alguno, el Dr. Rennie empleó con éxito la tintura del cáñamo indio. En un principio administraba 20 gotas tres veces al día; pero habiendo observado algunos, aunque ligeros accidentes tóxicos, redujo la dosis á 15 gotas también tres veces al día, en una mixtura cuya formula es la siguiente:

Tintura de cannabis indica . . . . .	15 gotas.
Subcarbonato de bismuto . . . . .	30 centigr.
Mucilago de goma arábica . . . . .	2 gramos.

Mezclese y añádase:

Tintura de gengibre, y de cardámomo compuesto á á . . . . .	20 gotas.
Infusión de canela . . . . .	30 gramos.

(*Bull. gen. de ther.*).

\* \* \*

**Onixis: antiseptia.** — M. Frottier llama onixis séptico á la dolencia conocida hoy con el nombre de onixis escrofuloso. Dicha afección, que no se cura nunca abandonada á sí misma y que resiste por lo común á los tratamientos quirúrgicos más enérgicos, se cura en algunos días bajo la acción de un apósito antiséptico.

Después de haberse irrigado ampliamente la ulceración con una solución de ácido fénico á  $\frac{1}{20}$ , M. Frottier aconseja limpiarla cuidadosamente con una torunda de algodón hidrófilo empapada en la misma solución, secar luego la herida conteniendo la hemorragia que pueda presentarse y cubrirla después con iodoformo finamente pulverizado; se aplican algunas tiras de gasa iodoformada; sobre ellas una capa de algodón hidrófilo, y se sujeta todo con una venda de tarlatana. El apósito no debe levantarse hasta los cuatro días.

Cuando la uña se ha separado de su lecho en una gran extensión y únicamente está adherida á su matriz, vale más extraerla que dejarla, porque, además de ser inútil, ofrece todos los inconvenientes de un cuerpo extraño; basta cortarla convenientemente, cuando la separación no es completa.

Al cabo de cuatro días se procede á la segunda cura y, por lo regular, se nota una mejoría muy notable en el dedo enfermo: desaparición de la hinchazón, buen aspecto de la herida, que apenas supura, y una faja cicatricial que rodea toda la ulceración. El tiempo necesario para la cicatrización com-

pleta varía, según la extensión y profundidad de la lesión, de cuatro á quince días, pero es preciso esperar mucho más para que el dermis sub-ungueal se halle totalmente protegido si la uña enferma se extirpó ó se cayó espontáneamente.

Para la reproducción total de la uña del dedo grueso del pie se requieren cuatro meses, y para las demás, tres meses próximamente.

En los dedos de la mano tarda la renovación de una uña entera, según Dufour, por término medio: 121 días para el dedo pequeño, 138 para el pulgar y 124 para los otros dedos.

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

\*  
\* \*

**Anestesia local: Estenocarpina.**—El nuevo anestésico de que se trata, extraído por M. Seward de las hojas de una acacia, que se cree sea la *A. Stenocarpus*, tiene, según Claiborne, las propiedades siguientes:

Dos gotas de una solución al 2 por 100 instiladas en los ojos de un conejo ó de un gato, producen una insensibilidad completa. Se puede pinchar, raspar y retorcer la córnea y la conjuntiva al cabo de cinco minutos, sin que se produzca el menor dolor; al cabo de un cuarto de hora persiste la anestesia y se observa una midriasis que llega al máximun al cabo de veinte minutos y dura luego unas treinta y seis horas; la anestesia empieza á disminuir al cabo de una hora próximamente. Se ha notado la misma anestesia local operando sobre un punto cualquiera de la piel.

M. Claiborne cree que la estenocarpina disminuye la tensión ocular, razón por la cual conceptúa que sería útil su uso en los casos de glaucoma.

(*Revue scientifique*).

\*  
\* \*

**Diuresis: Cafeína.**—El Dr. von Schröder, de Estrasburgo (*La Terapia Moderna* de Nápoles, Abril 1887, p. 229), sostiene que la cafeína influye sobre la secreción renal por estimular directamente el aparato secretor.

Paralizado el centro vaso-motor de un animal, mediante el hidrato de cloral, le introduce una cánula en cada ureter y le inyecta cierta cantidad de cafeína; la cantidad de orina segregada en un espacio de tiempo dado, es 11 veces mayor que en estado normal.

Como el riñón no tiene nervios secretorios especiales y el hidrato de cloral hace bajar la presión sanguínea, cree el autor que la cafeína *obra directamente sobre el epitelio renal*. Y para demostrar esta suposición, morfina un animal y corta los nervios que van á un riñón, dejando intactos los del otro; así se elimina la influencia vaso-motora sobre un riñón y se conserva íntegra la del otro.

Hecho esto se observa que después de la inyección de cafeína es mayor la cantidad de orina expelida por el riñón operado.

Con estos datos admite en la cafeína dos acciones: sobre el *sistema nervioso central*, análoga á la de la estrignina y sobre los *elementos secretores del riñón*. Compara esta doble acción de la cafeína á la de la pilocarpina, la cual en pequeña cantidad puede determinar su secreción específica.

En fin, de sus experimentos farmacológicos hace el autor la siguiente conclusión fisiológica: el riñón es de naturaleza glandular y no funciona como un simple filtro.

(*Indep. Méd. Barcelona*).

\*  
\* \*

**Hemostasia: Agua á diferentes temperaturas.**—En un trabajo presentado recientemente por M. Milne Murray á la *Edimbourg obstetrical Society* acerca de la acción del agua muy caliente y fría sobre los vasos sanguíneos, formula dicho autor las conclusiones siguientes: 1.<sup>a</sup>, que el agua á las temperaturas de 45 á 50° centígrados hace á los vasos contraerse y detiene la hemorragia de las pequeñas arterias; 2.<sup>a</sup>, que entre los 17 y 38° dilata los pequeños vasos y favorece la salida de sangre; y 3.<sup>a</sup>, que entre los 0° ó —1 y los 15° contrae los vasos y la hemorragia se cohibe momentáneamente; pero que esta contracción vascular va seguida de una reacción intensa y de dilatación.

Aunque estas experiencias deben repetirse para poder admitir como definitivos los resultados á que conducen, parece que demuestran que debe preferirse al agua fría el agua muy caliente, como hemostática, en los casos de hemorragia grave.

(*Bull. gén. de Thérap.*.)

---

## LA AMBULANCIA DE YILDIZ EN CONSTANTINOPLA

---

La *Revue int. des Sciences medicales* publica en sus columnas una interesante correspondencia de M. Paul Aubry, encargado por el Ministro de Instrucción pública de una misión científica con objeto de estudiar los hospitales de los Asilos de enagenados y las Leprosías de Oriente. Vamos á extractar de este trabajo, la descripción de la ambulancia de Yildiz, dirigida por uno de los más ilustres miembros de la Sociedad francesa de Higiene.

Se ha creado esta ambulancia después de las recientes desavenencias turco-griegas, que debe sospecharse han tenido más importancia de la que se les ha concedido generalmente por los periódicos europeos. Deseaba el Sultán que los soldados heridos pudieran ser tratados con la mayor atención; y, en efecto, se encuentran instaladas estas barracas como no suelen estarlo los hospitales turcos.

La situación topográfica es admirable, puesto que la mayor parte de estos hospitales disfrutan de las ventajosas condiciones de la situación de Constantinopla. La ambulancia está instalada en la cumbre de una colina, en una meseta que domina dos valles, cerca del palacio del Sultán; y en tanto que por un lado se descubre á lo lejos una bonita cadena de montañas, por el otro se domina Pera y Galata, y en lontananza el Bósforo, Stambul con sus mezquitas y sus innumerables minaretes, cuyos conos blancos se destacan sobre el azul del cielo, y, más á lo lejos, el mar de Mármara.

Las cinco barracas que constituyen la ambulancia son de madera; están construídas sobre un basamento de cal y canto que se eleva un metro sobre el nivel del suelo, y las piezas están numeradas para poder armar de nuevo las barracas en el caso de que se quisiera montar en otra parte la ambulancia.

Las fachadas están sobre el camino, y éste se riega muchas veces al día por los encargados de regar el jardín imperial. Cada una de las barracas tiene una puerta y dos ventanas que corresponden una al gabinete del médico, y la otra á la farmacia, que está dotada de los medicamentos más usuales, objetos de curación, instrumentos, etc., y detrás de estas dos pequeñas habitaciones, se encuentra la sala con cinco ventanas á cada lado. La madera no

está recubierta interiormente, de modo que se ve la unión de las piezas. La renovación del aire está asegurada por medio de ventiladores en la techumbre y en el suelo; y, además, están abiertas constantemente las puertas y las ventanas durante el día. Al entrar no se nota ese olor especial de las salas de enfermos, sobre todo de las salas de heridos, sino que por el contrario impresiona agradablemente un marcado olor á abeto recién cortado. En el fondo de la sala hay dos gabinetes, cada uno con su ventana, separados por un corredor que sirve de salida; de estos gabinetes uno sirve de retrete y el otro de cuarto de desahogo y dormitorio del enfermero de guardia. Los demás sirvientes están alojados en tiendas colocadas en las inmediaciones.

Las camas son de hierro; tienen un jergón y un colchón, y éstos no son de cerda. Las salas cuentan con 25 á 28 camas, tan próximas que apenas permiten entre ellas la circulación. Las mesas de noche son de pino. Sólo los heridos han sido admitidos en esta ambulancia, y se han alojado 277; de este número, á pesar de la gravedad de algunas heridas y de algunas grandes operaciones, no ha habido más que 10 muertos, de los cuales una tercera parte han sucumbido á consecuencia de la pneumonía ó la disentería.

Se practicaron cuatro resecciones del codo y dos del hombro, y por más que se han observado entre los heridos, operados y no operados, algunas erisipelas, todas han terminado favorablemente. La cura empleada ha sido la de Lister, combinada con el uso del iodoformo.

El servicio facultativo estaba á cargo de siete médicos, entre los cuales figuraba el médico particular del Sultán, destinado expresamente á la ambulancia donde desempeñaba las funciones de médico jefe.

El servicio de las salas estaba á cargo de 60 enfermeros, dirigidos por ocho cabos y tres sargentos; la cocina estaba servida por cocineros del palacio imperial, y se satisfacían los caprichos de los enfermos si á ello no se oponía la higiene.

Había una farmacia central fuera de las barracas.

Bajo el punto de vista higiénico, la ambulancia de Yildiz está en mejores condiciones que los hospitales militares turcos. Todo se ha dispuesto no solo para la curación sino para el bienestar de los heridos; el servicio está admirablemente organizado desde la cabeza de la escala hasta el último enfermero, y cada uno contribuye con su saber ó con sus desvelos. Véase, pues, que el Sultán ha querido rodear de una especial solicitud á los valientes defensores de Turquía.

---

## VARIEDADES

---

Conforme con lo que habíamos previsto, las discusiones habidas en el Congreso de Washington han tenido gran importancia y muy particularmente las peculiares de la Sección de Medicina militar.

El Dr. SMITH, presidente de dicha Sección, después de hacer notar las excelencias del ejército norte-americano y los rápidos progresos del Cuerpo Médico-militar en aquel país, terminó el discurso de apertura con una disertación sobre *Las tiendas-hospitales*.

El Dr. MARSTON, de Londres, leyó un artículo del Cirujano mayor Stapler, de Irlanda, sobre *El análisis de las aguas en campaña*.

K. TAYLOR, de San Antonio, disertó acerca *De la necesidad de un minucioso análisis de las aguas en los cantones militares en que se observe número extraordinario de enfermedades.*

El Dr. J. SMITH, de los Estados Unidos, trató de *La mejor alimentación del soldado.*

Se leyó un dictamen del Dr. Macdonald, de Inglaterra, sobre *Un nuevo modelo de cámara.*

En las sesiones siguientes á la de apertura, celebradas en la primera quincena de Septiembre, se pronunciaron ó leyeron discursos sobre los siguientes temas:

MARSTON, de Londres: *Barracas-hospitales.*

COLLINS, de Filadelfia: *Construcción de hospitales de campaña.*

FLINT, de New-York: *La fiebre: sus causas, su mecanismo y su tratamiento racional.*

REYBURN, de Washington: *¿Son de tal naturaleza las heridas producidas por balas explosivas que hagan precisas leyes internacionales para impedir el uso de dichos proyectiles?*

MARSTON, de Londres: *Edad de aclimatación del soldado con relación al servicio.*

LONGMORE, de los Estados Unidos: *En caso de guerra ¿debe llevar el soldado, con su equipo, una primera cura? ¿En qué ha de consistir y dónde habrá de llevarse dicho material de curación?*

ESMARCH, de Kiel: *Primera cura temporal en el campo de batalla.*

GORI, de Amsterdam: *Tratamiento antiséptico de las heridas en campaña.*

ANDERSON, de Londres: *La insolación en la India.*

LONGMORE, de Netley: *Dificultad de suministrar al soldado en campaña una cura temporal.*

NEUDORFER, de Viena: *Estado actual de la antisepsia y modo mejor de emplearla en tiempo de guerra.*

WATSON, de Jersey City: *Tratamiento inmediato de las heridas por armas de fuego.*

WOOD, de Pittsburg: *Importancia de las estadísticas vitales oficiales en el ejército y la armada en relación con la distribución de pensiones.*

SMITH LAMB, de Washington: *Necesidad de un código internacional para el tratamiento médico de los prisioneros de guerra.*

HYDE, de New-York: *Tratamiento de las heridas penetrantes de las articulaciones.*

TREMAINE, de los Estados Unidos: *¿Es posible la laparotomía en los casos de heridas de los intestinos recibidas en campaña?*

STAPLES Y ARMSTRONG: *Tratamiento de las heridas penetrantes del abdomen.*

JAMES, de Waterbury: *De las heridas abdominales por arma de fuego, penetrantes y no fatales, tratadas sin laparotomía.*

INGRAM, de Washington: *Heridas por armas de fuego de la médula espinal.*

En la discusión de dichos temas, además de los autores expresados, han hecho uso de la palabra los doctores Lloyd, Woorhees, Goodman, Sherwood, Laugridge, Stein, Red Brockway, Porter, Cullen, Varian, Carnochan, Farkas, Morton, Moore, Watson y Bentley.

Tan pronto como nos sea posible, y en la seguridad de que agrada-  
rá á nuestros lectores, publicaremos el extracto de las sesiones del Congreso referentes á la expresada Sección de Medicina y Cirugía militar.

\* \* \*

Sería ridículo, si por desgracia no fuera tan triste, lo que está ocurriendo con el paludismo en Cartagena.

Hoy, que tanto se alardea de conocer la génesis de las enfermedades epidémicas; ahora que parece resuelto el problema de la profilaxis de los más terribles padecimientos, y al cabo de muchos años de tener sabido cómo pueden sanearse los puntos en que más desarrollo alcanzan los fenómenos maláricos, se ha dado el caso de tomar las primeras medidas de precaución contra el paludismo de Cartagena, cuando el azote ha causado numerosas víctimas y hay 12.000 atacados en una población de 50.000 habitantes.

Podrá progresar la Higiene, no lo dudamos. Pero de cómo progresa la higienización en España es testimonio fehaciente el hecho de haber tenido que salir de la corte el Director de Beneficencia y dos consejeros de Sanidad, para recomendar y ordenar la desecación de los pantanos y repartir algunos frascos de quinina en una importante región azotada hace mucho tiempo por un furioso paludismo.

\* \* \*

Ha fallecido en Berlín el Profesor Bernard-Rudolf-Konrad von Langenbeck, uno de los más eminentes cirujanos de Alemania.

Nació en Hornebourg el 9 de Noviembre de 1810, é hizo sus estudios en Göttingue donde recibió el grado de Doctor en 1835.

En 1842 se le nombró Profesor de Cirugía y Director del Hospital Frederich en Kiel. Fué uno de los principales médicos del ejército alemán que combatió en Dinamarca, y en 1857 sucedió á Dieffenbach en la cátedra de clínica quirúrgica de la Universidad de Berlín. Billroth y Wolkmann han sido discípulos suyos.

En 1860 fundó, con Billroth y Gurlt, los *Archiv für Klinische Chirurgie*. Es sabido que inventó multitud de procedimientos operatorios y que ha llegado á ser una de las lumbreras de la Cirugía contemporánea. Su clínica era una de las más célebres de Alemania. Data su reputación de la guerra del Schleswig-Holstein, en la cual tuvo la dirección del servicio de ambulancias; el servicio Médico-militar le debe infinidad de reformas, por las cuales se le confió la dirección del Cuerpo médico del ejército alemán, y le colmó de mercedes el Estado.

Son tantos los escritos y los trabajos que ha legado á la ciencia, que el nombre de Langenbeck habrá de repetirse siempre con profusión en todas las obras de cirugía por sucintas y concretas que sean.