

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO IV.

MADRID 1.º DE JUNIO DE 1890.

Núm. 71.

LA MEDICINA MODERNA

Del diagnóstico y tratamiento de las gastropatías.

Los datos que proporciona la Fisiología experimental y el conocimiento adquirido recientemente acerca de las alteraciones de la digestión gástrica, parece que bastan para dar, no sólo como diagnósticables, sino como fácilmente curables, la mayor parte de los trastornos de la quimificación agrupadas con el nombre de dispepsias.

Prescindiendo de las condiciones esenciales á la asimilación, y limitando el examen á las circunstancias que impiden ó dificultan la normal preparación de los alimentos, es decir, circunscribiendo el estudio á la parte más grosera de las funciones digestivas, se ofrecen, en primer término, como causa de trastorno funcional, la cantidad y calidad de las sustancias alimenticias y la aptitud de los órganos en que la digestión se verifica.

La anatomía del estómago nos hace reconocer como posibles en este órgano alteraciones funcionales, dependientes de trastornos provocados por su anormal situación, y consecutivos á la capacidad, á las relaciones anormales de ésta con la luz de sus dos orificios, á la energía de las fibras musculares de que dispone y á la integridad de las glándulas con que cuenta. La Fisiología, por su parte, nos enseña el cambio que sufren las relaciones mediatas é inmediatas del estómago, mientras funciona como órgano digestivo; é indirectamente la necesidad de los productos de secreción de las glándulas gástricas y la existencia en el acto de la digestión del ácido clorhídrico y de los fermentos, indispensables todos, para la normal elaboración del quimo.

Esta multiplicidad de elementos y condiciones implica tal variedad de causas de alteración de las funciones digestivas del estómago, que hace difícil el que se conserve la integridad funcional de este órgano, aun en los sujetos sometidos constantemente al más severo régimen alimenticio.

Es indudable que para que la quimificación sea perfecta, aun en los casos en que es enteramente higiénica la alimentación, es preciso que se cumplan multitud de condiciones, entre las cuales figuran como principales las siguientes: conformación y situación normales del es-

tómago, energía é inervación fisiológica de las fibras musculares, cantidad y calidad adecuadas del jugo gástrico, y por último, integridad del que podría llamarse sentido gástrico, mediante el cual la excitación producida por las sustancias alimenticias provoca los reflejos necesarios al cumplimiento de la función. Dejará, pues, de ser normal la digestión gástrica cuando la disposición relativa del fondo mayor precipita el tránsito de los alimentos; cuando, por el contrario, lo dificulta, y cuando el estómago no disfrute completa libertad en sus movimientos por impedírsele las hernias parciales de esta víscera, las adherencias de su túnica externa, ó la falta del apoyo que deben prestarla los órganos inmediatos, como acontece en los infartos esplénicos y hepáticos, en el riñón movable, etc. Otro tanto sucederá cuando exista atonía ó degeneración de la túnica muscular, cuando sean lánguidas ó demasiado enérgicas y convulsivas las contracciones de sus fibras, cuando se altere la secreción del moco ó de la sustancia pepsinógena, cuando se exagere ó disminuya la cantidad relativa del ácido clorhídrico necesario, ó la cantidad absoluta del jugo gástrico preciso. La poligastria, que Peter atribuye á una especie de locura del pneumo-gástrico, hace pensar que la gastritis glandular atrófica pueda ser originada por la apatía de este nervio.

Gracias á los medios de exploración de que hoy disponemos, se puede conseguir el diagnóstico de la causa inmediata de la dispepsia, y por su intermedio, y en unión de otros datos, el conocimiento de la causa inmediata de la perversión funcional gástrica.

Quando un estómago sano no está en actividad, las cantidades de jugo gástrico que contiene son reducidísimas, y se deben, según Pick, á la irritación mecánica determinada por la sonda ó por el medio de extracción empleado. En el estado normal, la presencia de los alimentos determina el aflujo de jugo gástrico, cuya riqueza en ácido clorhídrico es distinta, según sea diferente la naturaleza de las sustancias alimenticias y según el periodo de la digestión en que se proceda al análisis. De modo que, si después de un ayuno prudencial, se ingieren alimentos determinados (huevos claros, carne, pan) y al cabo de cierto tiempo (de una á cinco horas) se extrae el producto de la quimificación, el análisis de éste nos facilitará datos suficientes para apreciar la composición y actividad digestiva del jugo gástrico segregado en el sujeto sometido al experimento.

Las llamadas comidas de prueba, preparativo indispensable para esta clase de investigaciones, han permitido descubrir las alteraciones cuantitativas y cualitativas de las componentes del jugo gástrico anormal y las modificaciones que determinan en la secreción normal del estómago los distintos alimentos que se ponen en contacto con la túnica interna de este órgano. Cada procedimiento de análisis ideado

exige una comida de prueba especial y un plazo distinto para la extracción del contenido gástrico, contado desde el momento de la ingestión de la sustancia alimenticia; y por más que todos los procedimientos y todos los reactivos que se aconsejan revelan casi siempre la calidad y cantidad de los componentes del quimo, que se persiguen, surgen dificultades y se obtienen algunas veces resultados tan inciertos que convierten en fracasos las investigaciones mejor dirigidas y obligan á repetir los ensayos para completar los datos que se desean.

La tropæolina y el reactivo de Günzburg (solución alcohólica de floroglucina y vanillina) revelan la presencia del ácido clorhídrico libre; y el análisis por dialisis descubre, según Bordoni, las cortas cantidades de ácido libre que no acusan los reactivos colorantes por resultar enmascaradas por los albuminoides en combinación ácida.

Para evitar las molestias que lleva consigo la extracción del contenido del estómago, se puede recurrir al método de análisis ideado por Günzburg, y que, á pesar de los inconvenientes que le atribuye Duval, ha obtenido general aceptación. El modo de proceder es el siguiente: estando el enfermo en ayunas y, en algunos casos, después de un lavado previo del estómago, hace una comida que consiste en un huevo, un pedazo de pan y medio vaso de agua: á la hora, traga una cápsula de gelatina que contiene el reactivo, y desde entonces, cada quince minutos escupe en vasijas numeradas hasta que la saliva acuse la presencia de iodo.

Para preparar el reactivo se colocan 15 centigramos de ioduro potásico en un tubo fino de caoutchouc endurecido, cuyos extremos se encierran atándolos con tres hilos de fibrina endurecida en el alcohol; y para conservarlo se mantiene sumergido en glicerina hasta el momento de colocarlo en la cápsula para administrarlo al enfermo. Para el ensayo de la saliva se adiciona á esta una corta cantidad de agua almidonada y se añaden algunas gotas de ácido nítrico fumante; la coloración característica del ioduro de almidón indicará el momento en que aparece el iodo en la saliva; y como la cápsula de gelatina tarda unos quince minutos en disolverse, y un estómago en estado normal digiere las hebras de fibrina en unos sesenta minutos, la aparición del iodo antes de los setenta y cinco minutos indicará un exceso de actividad gástrica é hiperclorhídria; y el retraso en la reacción servirá para calcular la insuficiencia del jugo gástrico.

Las fórmulas de Ewald y de Lión (disoluciones de agua fenicada y de percloruro de hierro líquido en agua destilada) sirven para determinar la presencia del ácido láctico; la formación del acetato de hierro acusa la presencia del ácido acético, y el reactivo de Uffelmann (solución hidro-alcohólica de tropæoblina) revela la presencia de ácidos grasos.

Entre las sustancias albuminóideas, las peptonas se reconocen por medio del reactivo de Pietrowski (solución de sosa y de potasa á la que se añaden algunas gotas de una solución de sulfato de cobre); entre las azucaradas, el almidón y la fécula, así como la dextrina, la erytro y la acro-dextrina, se descubren por la acción del iodo sobre ellas, y el azúcar por la descomposición del licor de Fehling (1).

La facilidad de la disolución de la clara de huevo en contacto con jugo gástrico á la temperatura sostenida de 38 á 40 grados, permite calcular la energía digestiva de la secreción del estómago. La coagulación de la leche indica la presencia del fermento lab, cuya destrucción se consigue calentando el jugo gástrico en baño-marias hasta los 70 grados.

De los anteriores datos se deduce, que la evolución realizada en el diagnóstico de las alteraciones de la quimificación, constituyen un positivo adelanto, cuyas ventajas patentiza diariamente la clínica. Pero es innegable, por otra parte, que cuando se consiga descubrir la procedencia inmediata del ácido clorhídrico del estómago en función, se aclarará por completo uno de los puntos más importantes de la fisiología gástrica, y debemos suponer que el resultado de las futuras investigaciones, así como puede sancionar cuanto hoy se da por conocido acerca de las digestiones laboriosas é imperfectas, puede también inaugurar una nueva serie de conocimientos imposibles de prever hoy, é incompatibles quizás con los actuales cánones de la fisiopatología digestiva.

De las experiencias de M. Hayem se deduce: 1.º, que el ácido clorhídrico está en el jugo gástrico libre y combinado, entendiendo por tal las combinaciones que forma con las sustancias albuminóideas cuya composición íntima está mal conocida; 2.º, que este último tiene un gran valor en la apreciación de los fenómenos digestivos, así como el libre es insuficiente para establecer la digestión estomacal; 3.º, que la evolución química de la digestión gástrica respecto al cloro en cuestión, tiene dos tiempos principales: el 1.º de actividad, en el que el ácido clorhídrico combinado es segregado y va aumentando progresivamente, mientras que la cantidad de cloruros alcalinos queda estacionario; y el 2.º, el del fin de la digestión estomacal, en el que el ácido combinado disminuye en tanto que aumentan los cloruros alcalinos; 4.º y último, que á estos cloruros alcalinos se debe probablemente la presencia del ácido clorhídrico en el jugo gástrico. Estas afirmaciones aminoran la importancia que generalmente se concede á la disminución y á la ausencia en el quimo del ácido clor-

(1) P. Chéron. *Des alterations chimiques du suc gastrique et de leur traitement.* (Bull. gen. de Therap.)

hídrico libre y se la concederán, en cambio, á las alteraciones en la proporción del combinado si las experiencias de Hayem obtienen la general sanción. Pero aunque esto último suceda, podremos admitir que la disminución y hasta la ausencia del ácido clorhídrico libre, sea un hecho normal en la digestión fisiológica: pero no debe ser interpretado del mismo modo cuando la existencia de un tumor canceroso ó de una gastritis y glandular alteren profundamente las funciones gástricas.

Es un hecho demostrado que las hiperclorhidrias, causa probable de la úlcera simple del estómago, coinciden con las crisis agudas de la ataxia locomotriz y caracterizan las gastroxias cuando las acompaña una exagerada proporción en los ácidos orgánicos del quimo.

La hiperclorhidria es, para la mayor parte de los modernos investigadores, compañera inseparable del cáncer del estómago: se observa también durante las pirexias agudas, en las gastritis glandulares simples, va unida al aumento de secreción mucosa y á la disminución de la energía gástrica, y coincide con la falta de pepsina y del fermento coagulante, en las gastritis glandular atrófica, sea esta idiopática, ó sea provocada por la presencia de un tumor canceroso.

Los recursos de que hoy disponemos para puntualizar el diagnóstico de los trastornos dispépsicos, unidos á los conocimientos actuales acerca del enlace fisiológico de los actos que se realizan durante la digestión gástrica normal, descubren indicaciones precisas que hacen perfectamente racional y fructífero el tratamiento de este grupo de gastropatías. Recurrimos hoy á la intervención terapéutica con muchas más probabilidades de éxito que las que ofrecía antes el uso de los antigastrálgicos y antidispépsicos, el tratamiento dialítico propuesto por Leven, y los estenopépsicos, el vino de Batavia y los fermentos digestivos artificiales recomendados por Audhoui.

Las gastroxias, las gastritis glandulares y la dilatación gástrica, sea cualquiera la causa originaria de ella, exigen como primera indicación el lavado del estómago para evitar el prolongado contacto de los productos de una digestión viciada y para oponerse á la sepsis á que estos mismos productos pueden dar lugar. Cubierta la primera indicación, que es casi profiláctica, es racional que para llenar la segunda se haga uso de los antisépticos, prefiriendo entre éstos los que, como el salol, resultan perfectamente inofensivos y extienden su acción á lo largo del tubo intestinal.

La úlcera del estómago se trata con éxito por el reposo absoluto del órgano afecto y con el reposo relativo que proporciona la dieta láctea. El reposo absoluto, empleado por primera vez por Fox y Forster y recomendado después por Ziemssen, consiste en la perma-

nencia del enfermo en la cama y en someterlo á la dieta gástrica absoluta, sosteniendo sus fuerzas por medio de la alimentación rectal.

Si, como generalmente se cree, el ácido clorhídrico es el estimulante fisiológico de las fibras musculares del estómago, la atonía de estas fibras podrá tratarse como la hipoclorhidria, además de emplear los excitadores de la contractilidad muscular y los remedios que exija el estado patológico general del enfermo.

Las alteraciones cualitativas de los componentes del jugo gástrico requieren medicaciones distintas, según se encuentren exageradas las cantidades proporcionales del moco ó del ácido clorhídrico, ó disminuyan éstas independientemente ó al mismo tiempo que la sustancia pepsinógena y el fermento coagulante.

En la gastritis glandular mucosa, el exceso de secreción coincide casi siempre con la hipoclorhidria, la disminución del fermento y de la sustancia pepsinógena; de modo que, sea porque los alcalinos disuelvan el moco, sea porque al combatir la hipoclorhidria se evita la ectasia y se regularizan las proporciones en que se hallan los componentes del jugo gástrico, el bicarbonato sódico, en dosis cortas, en ayunas, constituye el tratamiento fundamental de esta afección, por más que al uso de los vomitivos, de las sales neutras y del lavado del estómago, se deben muchos éxitos en el catarro gástrico.

En la hipoclorhidria parece indicada la administración del ácido clorhídrico y, sin embargo, no determina generalmente los beneficiosos efectos que se debían producir. Esta contradicción entre los datos teóricos y los resultados prácticos, puede explicarse recordando que, según las afirmaciones de Hayem, el ácido clorhídrico necesario es el combinado con las sustancias albuminoideas y esta combinación no existe en las soluciones acuosas que con tanto entusiasmo administran los alemanes.

El cloruro de sodio así como el bicarbonato de sosa administrados á cortas dosis, poco antes de las comidas, producen excelente efecto en la hipoclorhidria. La segunda de las citadas sales se descompone á su llegada al estómago y determina en éste órgano la doble excitación que se conseguiría con la administración simultánea de los cloruros y del ácido carbónico; y como el cloruro de sodio es un compuesto químico perfectamente tolerado por el organismo y hasta necesario para él, se comprende que, tanto el bicarbonato sódico como la sal común, son para la digestión utilísimos en la hipoclorhidria. Ahora bien, cuando existe una anaclorhidria, ó cuando no podemos confiar en la descomposición total é inmediata del bicarbonato, el uso exclusivo del cloruro de sodio se impone y es perfectamente preferible, porque no expone á la absorción de un alcalino, perjudicial siempre en el

estado de decadencia en que se encuentra el organismo de los enfermos en quienes la hipoclorhidria se observa.

En la hiperclorhidria se administra también el bicarbonato de sosa, pero se da á grandes dosis y cuando es mayor y más molesta la acidez gástrica, es decir, antes de terminarse la digestión. En este caso, el bicarbonato sódico debe propinarse á la dosis de 1,50 á 2 gramos, puesto que se necesita esta cantidad para neutralizar un gramo de ácido clorhídrico, que es lo máximo que generalmente se acumula en el estómago. La acción es eminentemente pasajera, pero se hace posible la digestión gástrica y se evitan las molestias que la pirosis y la gastralgia determinan. No deben exagerarse las dosis del bicarbonato para no provocar la dilatación gástrica que podría producir el desarrollo de grandes cantidades de ácido carbónico, cuando este gas no se expulse inmediatamente; y en los casos en que el estómago no se desembarace con facilidad de él, se deben reemplazar los bicarbonatos por el fosfato de cal básico, y, sobre todo, por el óxido magnésico hidratado.

Las aguas minerales clorurado sódicas y las bicarbonatadas están indicadas en la hipoclorhidria y serán también muy útiles en la hiperclorhidria, cuidando de recurrir en la primera á las de débil mineralización, empleadas á cortas dosis, y administrando en la segunda las muy mineralizadas y á dosis suficientes. Las aguas ferruginosas y, según se asegura, las sulfurosas, constituyen con las cloruradas sódicas el tratamiento hidromineral de la atonía de las funciones del estómago, del mismo modo que la hidroterapia es el mejor ayudante terapéutico de estas gastropatías.

La papaina y la pepsina han defraudado las esperanzas que las experiencias de laboratorio hicieron concebir; las peptonas producen muchos fracasos, que quizás no se deban sólo á los defectos de preparación y á las dificultades de su conservación; y, por último, el clorhidrato de orexina es todavía una esperanza para la mayor parte de los clínicos.

A. QUINTANA.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sulfotelurato amónico.— Reactivo de los alcaloides.

—Prepárase este reactivo, según Brociner, disolviendo por trituración un gramo de telurato amónico, en veinte centímetros cúbicos de ácido sulfúrico mono-hidratado, y separando después por decantación la solución clara de la parte insoluble.

Es de advertir que una parte de la sal se descompone bajo la influencia del ácido, con desprendimiento de sulfidohídrico.

Este reactivo da, con la digitalina, coloración roja violada que se hace con el tiempo más intensa. Con la chelidonina no da coloración al principio, pero después de algunos segundos va tomando color verde.

La narcicina produce con dicho reactivo coloración amarilla al principio, que pasa pronto á verdosa y después se hace violada con bordes rosados.

Con la narcotina produce una coloración rosa muy fugaz: y por último, con la apomorfina toma, pasados algunos instantes, color violeta.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*)

* * *

Tiña tonsurante.—Hidronafol.—La tiña tonsurante, enfermedad tan rebelde á todos los tratamientos usados hasta el presente, acaba de encontrar, según Morgan Dockrelle (*Lancet*, 30 Enero de 1890) un remedio específico, el hidronaftol, obtenido por Justus Wolf del 6 naftol, reemplazando un átomo de hidrógeno por un hidroxilo. El hidronaftol presenta un sabor ligeramente aromático; es casi inodoro, poco soluble en el agua, pero fácilmente en el alcohol, éter, cloroformo y glicerina. No es tóxico (1 gramo al interior no ha ocasionado malestar alguno), irritante ni corrosivo; precipita la albumina y la gelatina de su solución neutra ó acidulada (de aquí su acción antiséptica), coagula el protoplasma y en solución sobresaturada lo destruye completamente (germicida). Es superior al sublimado por no ser irritante.

El autor se sirve principalmente del emplasto hidronaftolado, que permite de una parte limitar bien la acción del remedio, de otra asegura la penetración del germicida en el cuero cabelludo. He aquí la manera de obrar. Después de haber afeitado la parte afecta del cuero cabelludo y de haberla lavado cuidadosamente con jabón hidronaftolado al 5 por 100 y agua tan caliente como sea posible, se recubre la zona atacada con tiritas de emplasto hidronaftolado (al 10 por 100). Conviene cuidar de que las tiras de emplasto vayan empizarradas y cubra también como un centímetro de las partes sanas. Después se unta una capa de parafina hidronaftolada al 10 por 100 para impedir el acceso del aire, pues el oxígeno activa el desenvolvemento de los hongos. Después de cuatro días se quitan las tiras, y después de haber procedido á la toilette del cuero cabelludo como acaba de precisarse, se recubre de un emplasto hidronaftolado al 20 por 100, dejándolo durante una semana. Al expirar este término se repite en igual forma la operación recubriendo el sitio atacado con emplasto al 10 por 100. Ordinariamente quitando este último á los diez días se comprueba la curación completa de la afección. Durante todo este tiempo conviene friccionar por la mañana y tarde las partes sanas del cuero cabelludo con pomada hidronaftolada al 5 por 100. Para prevenir la reinfección conviene destruir todos los objetos que se hayan puesto en contacto con la cabeza antes de la desaparición de la tiña tonsurante.

(*Los Nuevos remedios.*)

* * *

Procedimiento para la purificación de la bencina.—Beringer propone un procedimiento fácil, seguro y poco costoso, basado

en la propiedad que tiene el permanganato de potasa de eliminar los compuestos sulfurados.

El citado profesor mezcla medio litro de ácido sulfúrico y 750 gramos de agua; espera á que la mezcla se enfríe y añade 30 gramos de permanganato de potasa, agitándolo todo hasta la completa disolución; después añade 4 l½ litros de bencina, agitando cuidadosamente la mezcla para dejarla por último en reposo durante veinticuatro horas.

Al cabo de ese tiempo sepárase la bencina y se la pone en presencia de una mezcla de

Permanganato de potasa.....	15 gramos
Sosa.....	15 —
Agua.....	2 litros

y algunas horas después se separa nuevamente la bencina y se lava con agua pura.

Agitando la bencina con la solución alcalina de permanganato, se forma una especie de emulsión, que se separa al cabo de algunos segundos. El tiempo indicado, veinticuatro horas, es más que suficiente para operar la reducción.

La cantidad necesaria de permanganato está en relación directa con las impurezas del producto que se quiera rectificar; la que se ha indicado en el anterior procedimiento es suficiente para una bencina bastante impura: *(Americ. Journ. of Pharm.)*

* * *

Otopatias. — Papaina.—En la supuración crónica del oído medio, el dolor es signo casi cierto de que la secreción no sigue libremente su curso por estrechez de la perforación, densidad exagerada del pus ú obstrucción por acumulación de cotesterina, pus concreto ó partículas extrañas. Descuidando estos fenómenos se corre el grave riesgo, que trae consigo la retención del pus séptico, de una operación de absceso mastoideo y aun cerebral; en cambio, ese riesgo puede disminuirse y aun evitarse limpiando el oído medio y disolviendo las masas endurecidas que constituyen el origen de la complicación.

Mr. Mackenzie Johnston atribuye á la papaina esta doble acción, que no pueden llenar las inyecciones ordinarias, y, partiendo de tal supuesto, instila 15 gotas de una solución de papaina al 5 por 100, teniendo especial cuidado de que llegue al fondo del meato; deja permanecer la solución en el oído durante una hora; hace después un lavado con otra de ácido bórico, y por último seca perfectamente la región afecta. Esta cura debe repetirse cuantas veces sea necesario.

El autor la considera de gran utilidad en los casos antiguos en que la supuración suele ir acompañada de lesión ósea. Aun en los casos en que no hay perforación, pero en los cuales está obstruido el oído medio por cerumen ó epitelio y no bastan las inyecciones ordinarias, las instilaciones de papaina sirven perfectamente para remover dichas sustancias extrañas.

La mencionada solución debe ser de preparación reciente para que re-

sulte eficaz. Con objeto de hacerla más activa, suele añadir el autor 30 centigramos de bicarbonato de sosa por cada 15 gramos de la misma.

(*Annuaire de Therap.*)

* * *

Inyecciones uretrales de nitrato de plata. — Cocaina.

— Con objeto de calmar el dolor que producen en las vías urinarias las soluciones de nitrato de plata, aun en cortas proporciones, y á fin de obviar el inconveniente que ofrece la sal de cocaina más usada, el clorhidrato que, como es sabido, da un precipitado de cloruro argéntico en presencia de dichas soluciones, el doctor Lavaux propone mezclar éstas con el nitrato de cocaina preparado por doble descomposición.

Para ello se sirve de estas dos soluciones:

Nitrato de plata.....	95 centigramos.
Agua destilada.....	10 gramos.
Clorhidrato de cocaina.....	2 gramos.
Agua destilada.....	10 —

En tales condiciones, y aun teniendo en cuenta las impurezas del clorhidrato de cocaina del comercio, la solución, filtrada cuidadosamente para separarla del cloruro de plata formado, contiene 2'48 gramos de nitrato de cocaina.

Se inyecta en la uretra anterior, previamente lavada con una solución bórica al 4 por 100, otra solución preparada en el mismo momento y compuesta de

Nitrato de cocaina.....	1 gramo.
Nitrato de plata.....	1 —
Agua destilada.....	50 —

Al cabo de cinco minutos se lava de nuevo el canal anterior con la solución bórica al 4 por 100 (blenorragia aguda).

El dolor desaparece completamente aun en los casos de tratamiento abortivo en que se emplean dosis considerables de nitrato de plata.

(*Société de Med. prat.*)

* * *

Cáncer.—Creosota.

— Neudorfer acaba de publicar acerca de este asunto un pequeño, pero importante trabajo. El carcinoma, dice el autor, es probablemente tan curable como la sífilis ó la tuberculosis. La excisión del cáncer, como la del chancro duro, por regla general, no basta para prevenir la infiltración de los inmediatos tejidos por los microbios específicos y por las células. Opina Neudorfer que el tratamiento médico del cáncer debería emplearse más de lo que ha sido hasta ahora. La raíz de condurango y la trementina de Chio han dado con frecuencia animadores resultados. Hay también, como en la tisis, climas favorables á su curación. En las altiplanicies de Méjico y en el cabo de Buena Esperanza, por ejemplo, el cáncer es una enfermedad excepcional. Según Neudorfer, lo que más interesa no es la extirpación del tumor, sino el tratamiento médico de la caquexia cancerosa, que es el factor principal que conduce á la muerte. El tratamiento del cáncer es, naturalmente, muy parecido al de la tisis. La creosota, que, según parece, estimula la nutrición de los

glóbulos de la sangre, es de igual valor en el cáncer que en la tisis. Neudorfer ha obtenido positivos resultados con el tratamiento del cáncer por la siguiente fórmula:

Creosota pura.....	} áá 40 gramos.
Bicarbonato de sosa.....	
Aceite de hígado de bacalao.....	

Mézclase y repártase en 100 cápsulas de gelatina. Tómanse tres cápsulas tres veces al día, después de cada comida.

La creolina es un buen sustituto de la creosota, pues no sólo es más barato que el primero, sino también estimula la digestión. Prescribese:

Creolina.....	1 gramo.
Extracto de regaliz c. s. para 100 píldoras.	

Tómanse tres píldoras tres veces al día.

Localmente Neudorfer prescribe, además de las píldoras:

Creolina.....	} áá 10 gramos.
Ictiol.....	
Ioduro potásico.....	
Vaselina.....	} áá 15 gramos.
Lanolina.....	

H. unguento para fricciones tres veces al día.

Neudorfer afirma haber obtenido con este tratamiento la curación del cáncer en tres casos.

(*Les Nouv. remedes.*)

* * *

Quiste hidatídico del hígado.—Hepatotomía.—*La Revista de Medicina y Cirugía prácticas* refiere un notable caso clínico de aquella enfermedad, en el que la operación, efectuada por el Dr. Ribera, ha sido seguida de un éxito satisfactorio.

Trátase de una mujer de 29 años que ingresó en la Clínica quirúrgica del Colegio de San Carlos el día 20 de Febrero último, cuando llevaba más de un año sufriendo los síntomas de un voluminoso quiste hepático. A los siete días de su ingreso en la Clínica y previas las más escrupulosas medidas antisépticas, fué operada por el mencionado profesor en la forma que á continuación transcribimos:

«Prévia anestesia, se hizo una incisión en la línea media, que comprendía el espacio entre el apéndice xifoides y 3 centímetros por encima del anillo umbilical; pequeños cortes hasta llegar al peritoneo; una vez éste al descubierto, hizose en él un ojal con el bisturí, se introdujo por él la sonda acanalada para verificar sobre ella la sección, é inmediatamente se llegó sobre el hígado; con el auxilio de los dedos se procuró deslindar los límites de aquél; no elevaba por arriba el diafragma, por abajo y adentro no pudo limitarse, á pesar de haber prolongado la incisión de la piel hasta el anillo umbilical. Viendo que no se trataba de un quiste hidatídico accesible á la vista y con solo relaciones de contigüidad con el hígado, y sin embargo, demostrado por la punción anterior que existía quiste hidatídico, nó haciendo prominencia ni en la cara convexa ni en la cóncava,

había que pensar en un quiste hidatídico intra-hepático, y no quedaba más recurso que la punción del hígado; á este fin y con el auxilio de una jeringuilla de Pravaz, se hicieron varias aspiraciones en el hígado; las dos primeras no dieron resultado, pero á la tercera, que fué más profunda, salió un líquido transparente y de un ligero color verde. Había pues, la certeza de que el quiste era intersticial; decidióse el operador á incidir el hígado al nivel de la incisión externa, en una extensión de 6 centímetros y á una profundidad bastante para conseguir la salida del contenido del quiste, pudiéndose calcular en 8 ó 10 milímetros de grosor la lámina hepática que fué necesario incidir; se colocaron varias esponjas alrededor de la incisión hepática, á fin de evitar, si no en absoluto la entrada del líquido en el peritoneo, por lo menos la de los hidátides hijos; la cantidad de líquido expulsado fué próximamente algo más de 1.000 gramos. Se suturaron los bordes de la incisión hepática juntamente con el peritoneo y la piel. Terminada la sutura procedióse á la extracción de la membrana quística, utilizando unas pinzas largas de cálculos; la extracción costó bastante trabajo, porque la membrana era tan friable que se rompía con facilidad; sin embargo, se consiguió. Era la membrana de un color blanco nacarado, de unos 5 milímetros de espesor; al dejarla caer tenía un movimiento igual al de la gelatina; aunque difícilmente, se pudo reconstituir, pudiéndose calcular su extensión en unos 40 centímetros de longitud por 30 de ancho, tamaño muy aproximado al de una cabeza de feto.

Colocado un grueso tubo de desagüe, se procedió á la sutura de la piel; se dieron puntos por encima y por debajo del tubo, quedando éste en el centro de la incisión. Se inyectó por el tubo solución bórica al 5 por 100; la cavidad que contenía el quiste daba cabida á unos 700 gramos de dicha solución.

Dióse por terminada la operación, y se aplicó la cura antiséptica (gasa y algodón sublimado), sujetándola con un vendaje de franela.

Inmediatamente se trasladó á la enferma de la mesa de operaciones á la cama, previamente calentada.»

Poco después de la operación se puso á la enferma una inyección hipodérmica de éter sulfúrico (1 gramo), á fin de acelerar la reacción; y el mismo día hubo que aplicarle otra de cloruro mórfico (1 centígramo), para calmar los dolores que aparecieron.

Desde el día 27 de Febrero, hasta el 9 de Marzo, la operada tuvo algunos vómitos de bilis, tos, dolor de costado y una fiebre que osciló entre 38° y 39°.

La cura antiséptica se renovó oportunamente, facilitando el desagüe y haciendo el lavado interior de la herida con una solución bórica. La gasa aparecía teñida únicamente por un líquido que al principio se creyó que era pus, pero que luego se vió que era bilis.

A partir del 9 de Marzo, continuó la enferma apirética, y saliendo bilis por la herida, aunque en corta cantidad, suspendiéndose durante algunos días, para reaparecer; salieron algunos trozos de la membrana quística, de color amarillo claro; los tubos se reemplazaron por otros más delgados

y más cortos, porque la cavidad se fué rellenando de tal suerte, que al poco tiempo solo cabían unos cien gramos de líquido.

Sin embargo, volvió á tener dolor en el costado, y por la auscultación se oían algunos estertores; por lo cual se le colocó un trozo de emplastro de cantaridato de sosa, en la parte antero-superior y lateral izquierda del torax, desapareciendo al poco tiempo los síntomas torácicos.

En la actualidad la enferma está perfectamente; se levanta y está muy animada; la herida muy bien; se han quitado los tubos y se han reemplazado por uno más delgado que apenas penetra unos dos centímetros; la cavidad se va rellenando y escasamente recibe 30 gramos de la solución bórica, y las gasas salen manchadas por una corta cantidad de bilis. Es decir, queda, como es la regla, una pequeña fístula hepato-biliar, que es de esperar termine cicatrizando, dada la tendencia que tiene á desaparecer la cavidad intra-hepática y las buenas condiciones generales de la operada, cuya salud en estos momentos es inmejorable, habiendo engordado considerablemente, á pesar de la pérdida de bilis por la herida.

BIBLIOGRAFÍA.

Retazos clínicos, por el Dr. D. Juan Manuel Mariani.—Madrid, 1890.

Con el modesto título de *Retazos clínicos*, acaba de publicar el ilustrado médico del Hospital de la Princesa una colección de trabajos importantísimos por distintos conceptos. Entusiasta como el que más por los progresos de la ciencia, marcha el Dr. Mariani al lado de los últimos descubrimientos, manifestando constantemente por medio de la prensa profesional y las dicusiones académicas su recto y seguro criterio en punto al valor que las mismas tienen en el terreno de la clínica, y es porque su entusiasmo no se deja llevar por impresiones del momento, conservando siempre esa prudencia que tanto le caracteriza y que es la base de sus juicios en la práctica profesional.

Bastante conocida es la personalidad del Dr. Mariani. Sus escritos, correctos en la forma, y de un fondo que refleja la verdad clínica nacida de los resultados de la más perfecta experimentación, encierran en sí una enseñanza vasta y sólida. Por esto abrigamos la convicción de que su última obra ha de llenar tan elevado fin, principalmente para los que, alejados de los grandes centros de enseñanza, tengan necesidad de adquirir acabados conocimientos acerca de las cuestiones que en ella se desarrollan.

De mano maestra trata el Dr. Mariani en su libro asuntos de índole diversa á cuál más importantes: Los quistes hidatídicos abdominales.—Tratamiento de las fracturas.—Algunas aplicaciones de la antipirina.—Dos hechos de anatomía patológica.—La bacteroterapia en la tuberculosis pulmonar.—Algunos casos clínicos de interés.—Los enemas de sangre en el tratamiento de las anemias.—Notas clínicas. La cirugía abdominal.—Cálculo vesical.—Talla hipogástrica.—Contribución al estudio de las estre-

cheques de la uretra y de su tratamiento.—Tres laparotomías.—Úlcera tuberculosa de la lengua.—Tres casos de estrangulación herniaria y tres de oclusión intestinal.—Tratamiento del corea por el ácido arsenioso.—Del lavado del estómago en las enfermedades de este órgano.—Dos palabras acerca de la difteria.—Un caso de absceso del hígado curado por reabsorción, son los epígrafes de otros tantos capítulos que constituyen este libro.

Dos deducciones surgen de la lectura de los casos clínicos consignados en el primero: el éxito obtenido por la aplicación de la electricidad en el tratamiento de los quistes hidatídicos abdominales, y la necesidad de saber esperar antes de decidirse á una intervención quirúrgica, que puede en algunas ocasiones resultar inoportuna y ser de fatales consecuencias. Termina este capítulo con una exposición de los diversos tratamientos empleados para combatir los quistes de esta naturaleza.

Del tratamiento de las fracturas se ocupa en el segundo capítulo, presentando casos curiosos de fracturas, en particular, y aconsejando por atendibles razones cuándo, por regla general, se deben emplear los vendajes inamovibles, rechazando la práctica rutinaria de la aplicación de esta clase de vendajes inmediatamente después de reducida la fractura, sin que se atienda á las condiciones de la lesión determinada por la misma.

Comprueba, en el tercero, por hechos sacados de su práctica, las propiedades sedantes y analgésicas atribuidas, con razón, á la antipirina.

Bajo el título de *Dos hechos de Anatomía patológica* da á conocer un caso de cáncer del páncreas, y otro de caverna tuberculosa en la pared anterior del ventrículo izquierdo, sin tubérculos en los demás órganos y sin manifestación de esta lesión durante la vida. Este último, curiosísimo por la rareza de la localización del tubérculo, y que fué dado á conocer por el autor en la Academia Médico-quirúrgica, del que también se ocupó en tiempo oportuno el periódico *La Semaine Medical*, merece leerse para aprender lo caprichosa que es la naturaleza en la manifestación de algunas lesiones.

La ineficacia de la bacteroterapia en la tuberculosis pulmonar; los dos casos de transfusión de sangre para combatir la anemia aguda; las tres caparotomías llevadas á cabo por el autor; los brillantes resultados obtenidos por los enemas de sangre en los casos de anemia y de los cuales hemos tenido la fortuna de ver comprobados algunos en su clínica del Hospital de la Princesa; y otras muchas más cuestiones que en su libro estudia el Dr. Mariani, de las cuales no es posible dar cuenta detallada, dados los estrechos límites que ha de tener esta nota bibliográfica, constituyen el material de enseñanza clínica que se expone en tan útil publicación.

Al tener el gusto de dedicar en esta REVISTA las anteriores líneas á la última obra del Dr. Mariani, lo hacemos por el mérito que en sí encierra su trabajo, que merece ser leído con detenimiento. Nada que no sea justo elogio puede decirse, á nuestro juicio, del trabajo del Dr. Mariani, y si el carácter de las personas se conoce por sus obras, por ninguna mejor que por esta se puede conocer el carácter del autor como clínico, que tal como le hemos juzgado surge de las ideas expuestas en los *Retazos clínicos*.

J. SARABIA.
Médico segundo.

FÓRMULAS

103

Tintura de extramonio.	1 gramo.
Hidrastis canadensis.	8 gramos.
Agua de laurel cerezo.	4 »

M. Para tomar una cucharada pequeña, cada cuatro horas, disuelta en agua.

En la **cardialgia**.

(*Mussy.*)

104

Extracto de estigmas de maíz.	6 gramos.
Benzoato de sosa.	3 »
Carbonato de litina.	3 »
Aceite esencial de anís.	3 gotas.

M. y h. 60 píldoras. Para tomar dos al principio de cada comida durante veinte días todos los meses por espacio de tres años.

En la **gota**.

(*Huchard.*)

105

Emplasto de diaquilón	30 partes.
Calomelano.	10 »
Aceite de ricino.	3 »

M. y extiéndase con espátula sobre un tafetán. Para aplicar un decímetro cuadrado cada ocho días sobre la región hepática.

En las **sifilides**.

(*Quinquaud.*)

106

Thiol.	2 gramos.
Manteca.	20 »

M. Para uso externo.

En las **dermatosis**.

(*Schwimmer.*)

107

Sublimado.	} á 1 gramo.
Acido cítrico ó bórico.	
Alcohol á 90°.	
Eter.	} e. s. para hacer 50 centímetros cúbicos.

M. para pulverizaciones.

En la **viruela**.

(*Talamón.*)

VARIEDADES

El Ministro de la Guerra de la República francesa ha publicado el siguiente decreto:

«Pudiendo el hipnotismo, según propia confesión de los que lo preconizan, exponer á algunos peligros á los individuos sometidos á él, tengo el honor

de manifestaros que prohibo *en absoluto* su práctica en el ejército. Servíos ordenar al Sr. Director del servicio de Sanidad, que cuide de que ningún Médico militar emplee este procedimiento, bajo ningún pretexto, hasta nueva orden.»

A imitación del Ministro de la Guerra, el de Marina hace extensiva á su departamento la misma orden, pero de un modo todavía más radical:

... «Y prohibo—dice—ocuparse en este asunto, ni desde el punto de vista teórico, ni desde el punto de vista práctico.»

* * *

Los señores marqués de Viesca de la Sierra, Abarzuza, Hoppe y otros han presentado en la Alta Cámara una proposición de ley haciendo extensivas á los cuerpos auxiliares del Ejército, de Sanidad, Jurídico y Administración, las prescripciones de la ley de 8 del pasado relativas á la reforma del artículo adicional de la ley de Estado mayor del Ejército de 19 de Julio del 89, con las diferencias que exige la especial organización de dichos cuerpos.

* * *

Por Real orden de 23 del mes próximo pasado, y con motivo de concederse bonificación de pensión á la viuda de nuestro malogrado compañero D. Guillermo Mir, se ha dispuesto que dicha resolución tenga carácter general para todos los casos en que habiendo de aplicarse la ley de 8 de Julio de 1860, se trate de causantes fallecidos, estando vigente la de 13 de Junio de 1885, y antes de 1.º de Julio de 1888, en que fué modificada esta última.

* * *

El Jurado que ha de calificar las Memorias presentadas para el tercer certamen convocado por esta REVISTA, está constituido por los Sres. Martínez y Gutiérrez Pacheco, Torres y Puig y Reig y Gascó.

Dichos señores nos han dispensado el honor de corresponder á la invitación que al efecto les hemos hecho, reconociendo la conveniencia, por razones de equidad, de que se juzguen con idéntico criterio las Memorias que opten al premio extraordinario del Dr. La Fanosa, que, como saben nuestros lectores, no pudo otorgarse en el certamen del año pasado.

Las bases del concurso actual se publicaron en el núm. 60 de la REVISTA correspondiente al 15 de Diciembre último.

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

Boletín de Sanidad publicado por la Dirección del ramo en el Ministerio de la Gobernación.—Mes de Marzo.

Retazos clínicos, por el Doctor D. Juan Manuel Mariani, 1890. (Biblioteca de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.) Dos ejemplares.

Dada la mortalidad de Santander, ¿qué medidas higiénicas y económicas convendría adoptar á fin de modificarla favorablemente? Memoria premiada por el Ayuntamiento de Santander y escrita por Don Jesús Sarabia y Pardo, 1890.