

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO V. MADRID 15 DE NOVIEMBRE DE 1891. NÚM. 106.

CASUÍSTICA CLÍNICA

DEL

HOSPITAL MILITAR DE MADRID

II

BRONCO-PNEUMONÍA SUBAGUDA Y CRÓNICA DEL ADULTO

Vamos á tratar, como diría Peter, de cosas muy prácticas de todos los días, pero de cosas muy desconocidas, que se ven, y, lo que es mejor, se curan en la clínica, pero que no se describen ni se tratan en los libros, cual si la literatura médica de nuestros días, en su afán de singularizarse y obsesionada por todo lo anómalo y excepcional, de intento hubiera dejado en la sombra lo que se presenta todos los días, y en todo momento y ocasión solicita nuestros recursos terapéuticos.

Lustros atrás, cuando el talento de Virchow entronizó definitivamente el histologismo como criterio nosológico, hubo necesidad de romper la unidad de muchos cuadros patológicos que á diario nos ofrece la realidad. Aquellas fiebres catarrales, ordinarias é insólitas, descritas por Frank de mano maestra, se convirtieron por solicitud de la doctrina y no por exigencia de la verdad, en corizas, laringitis, catarros bronquiales y pneumonía. Y aún fué peor que esta desmembración del conjunto clínico, el integrar, ó mejor dicho, amontonar todas las causas y todas las naturalezas páticas en un solo sitio y en una sola lesión. Así, para el catarro sólo se consideró el enrojecimiento y la tumefacción de la mucosa, la congestión del corion, su infiltración por células redondas, la hipersecreción por las glándulas tubulares y acinosas de un mucus constituido por células cilíndricas del conducto escretor, de moco, glóbulos de mucina y células linfáticas, y la transformación del revestimiento epitelial en células culiciformes y redondas con pestañas vibrátiles (Ranvier); mas no se vió ó no se quiso ver que al lado de las inflamaciones catarrales por traumatismo físico ó químico, era necesario colocar el catarro gripal, morbillosa, diftérico, de la coqueluche, etc., etcétera, afectos todos con una misma lesión y aun con similar fenomenología física, pero con elementos genéticos diferentes, síntomas generales

distintos, evolución propia, accidentes consecutivos especiales y diversa terminación.

Y tal confusión de cosas tan variadas en la realidad, se introdujo igualmente en los afectos crónicos de los bronquios. Desde Laenec hasta nuestros días no se abrirá un libro en que no se hallen descritas las variedades anatómicas del catarro seco, pituitoso ó mucoso, y sus consecuencias últimas la bronquiectasia y el enfisema; pero en vano se buscará la historia clínica de los catarros profesionales por inhalaciones de gases ó polvos, los debidos á variaciones meteorológicas, gérmenes infecciosos, alteraciones constitucionales, ó varias de estas condiciones reunidas á la vez.

Lo propio acontece con los procesos que se localizan en los pulmonitos ó en el infundibulum pulmonar. Para los de curso agudo, pneumonías fibrinosas ó catarrales, concéntricas ó excéntricas, que van del alvéolo al bronquio ó del acinus al alvéolo, lobares ó lobuliculares, en fin. Para los crónicos la miseria es mayor; especialistas tan modernos como Powel no consagran á la pneumonía crónica artículo alguno; clásicos como Valsche dicen que esta enfermedad raras veces sucede al estado agudo, y que acompaña por lo general á los tubérculos, el cáncer y otras producciones morbosas; y reformistas como See, sólo admiten las cirrosis primarias ó secundarias, haciendo de la segunda el último acto de las lesiones pulmonares ó pleuríticas, ó sea la esclerosis pulmonar, que según este sabio, con ó sin regresión granulo-grasosa constituye el solo carácter cierto de las inflamaciones crónicas del pulmón. Verdad es que Jurgersen, con su indiscutible autoridad, habla de pneumonías catarrales de curso agudo y lento, descamativas, hipostáticas é intersticiales; mas pronto se echa de ver que la catarral lenta sólo cree, con Ziemssen, que la sufren los niños, viejos y caquéticos; la descamativa pertenece á historia de la tuberculosis; la hipostática á la de las congestiones pasivas, y la esclerosa, por un lado á la bronquiectasia, y por otro á la tisis fibrosa ó de marcha tarda. Y no es que hasta ahora no hayan sido observados procesos pneumónicos que por su marcha y modo de terminar revistan el carácter de la cronicidad: prolijo sería y fuera de sazón transcribir en este sitio todas las citas que demuestran cómo tales efectos no han pasado desapercibidos para muchos clínicos, mas debido á considerarlos principalmente bajo su aspecto estático, no se han separado del grupo de las cirrosis y bronco-pneumonias en el que aparecen confundidos, siquiera en la práctica sea conveniente y hasta necesario separar esta forma clínica intermedia, como pensamos demostrar, relatando algunas de las historias clínicas recogidas en las salas 11 y 12 de este Hospital, las que, incompletas y todo, suministran elementos suficientes para comenzar este nuevo capi-

tulo, de la Patología del aparato respiratorio, que en su día nos proponemos completar en gracia de la importancia del sujeto, para escribir las enfermedades propias del soldado.

..

Francisco Martínez Muozor, obrero de Administración Militar, del reemplazo del 91, que ocupaba la cama núm. 31, de la sala 11, refiere como datos filogenéticos, que su padre es catarroso y asmático desde hace muchos años, y como anamnésicos, que mucho antes de ingresar en el servicio (tres ó cuatro años) padecía catarros frecuentes con anhelación y fatiga al menor esfuerzo, habiéndose manifestado hacia siete días la enfermedad que motivó su ingreso en el Hospital.

El mismo día de su entrada (11 de Agosto) presentaba este enfermo coloración oscura del rostro (mezcla de cianosis y anemia), con lividez de las mucosas, disnea inspiratoria que apenas si consentía el decúbito supino; cerca de sesenta respiraciones por minuto, tiraje supra-esternal, infra-clavicular y diafragmático, y tos por accesos, fatigosa hasta el punto de impedirle dormir, con expectoración de una serosidad oscura, abundante y espumosa, en la cual sobrenadaban esputos grises, viscosos y teñidos de sangre, compuestos de glóbulos de mucina, células redondas con sus pestañas vibrátiles, células linfáticas y hematíes.

Por el examen físico se observó sonido timpánico en las partes anteriores del tórax, especialmente desde las clavículas hasta el cuarto y quinto espacio intercostal, y disminución evidente de la sonoridad normal en las postero-inferiores. La respiración ruda y exagerada en los lóbulos superiores, iba seguida de una expiración áspera y prolongada, casi bronquial, y en cambio en las bases y bordes posteriores de ambos pulmones era característica la disminución del murmullo vesicular. En las primeras divisiones bronquiales percibíanse abundantes roncus sonoros, ya apreciables á la palpación por un estremecimiento vibratorio especial, y en los últimos estertores sibilantes expiratorios abundantes en ambas regiones mamarias y subclaviculares.

El pulso duro, contraído y pequeño, latía más de ciento veinte veces por minuto, y la temperatura oscilaba entre 38^o,1 y 39^o,3 por la tarde, no manifestándose en los demás órganos otros desórdenes que anorexia no muy acentuada, insomnio sostenido por la tos, y sudores profusos, más abundantes en las primeras horas de la madrugada en que remitía la calentura.

En los días siguientes este síndrome clínico no experimentó variaciones considerables. La dificultad respiratoria se hizo menor, la

tos, no tan pertinaz, iba acompañada de una espectoración más fácil y más rica en células pioídes; disminuyeron los roncus sonoros al tercer ó cuarto día para desaparecer en los siguientes; el calor seguía oscilando entre 37° y 39°, y el pulso descendió hasta 105 y 110 por minuto, pero persistió la sibilancia, el insomnio, la cianosis y los sudores cada vez más exagerados.

En esta fase, que se extendió hasta los últimos días de Agosto, se le aplicaron ventosas secas en gran número á las paredes del pecho, y después vesicantes á las regiones infra-claviculares, haciendo uso el enfermo de una poción quermetizada y amoniacaal, alternando con otra de extracto de quina y alcohol, y auxiliado todo con una dieta reconstituyente de leche, caldos, huevos y vino de Jerez.

Según reza la hoja clínica, el 2 de Septiembre era menos acentuado el timpanismo, y en cambio en las postero-inferiores el sonido normal se había oscurecido hasta convertirse en verdadera submacidez; persistía la respiración suplementaria en los lóbulos superiores y bordes anteriores de ambos pulmones, pero el murmullo vesicular había desaparecido en las bases y bordes posteriores, en cuyas partes se percibían numerosos estertores de burbujas finas (suberepitantes) en el último tiempo de la inspiración, los cuales se extendían para el lado izquierdo desde la espina del omoplato hasta la base, y para el derecho sólo en la región escapular inferior, manifestándose en estas regiones una ligera broncofonía y anuladas las vibraciones torácicas. El pulso había descendido hasta 80 por minuto; el ritmo respiratorio, hasta 28; la tos dejaba descansar al enfermo, y la temperatura era fisiológica; continuando la anhematosis, la anemia y los sudores abundantes.

Tratamiento. Poción de escila, terpina é hidrolado de brea, solución de Lugol, y puntas á las regiones escapulares inferiores con el termocauterio.

El 10 de Septiembre continúa la temperatura sin experimentar alteración notable; el pulso, pequeño y miserable, no ha aumentado de frecuencia; la disnea sólo aparece al verificar algún esfuerzo ó en la conversación sostenida; la tos únicamente molesta al enfermo en las primeras horas de la mañana, y la espectoración rara y de un color gris sucio aparece á menudo teñida de sangre. Los sonidos respiratorios son menos ásperos y exagerados; en la región escapular inferior derecha el sonido es más claro, se percibe mejor el murmullo vesicular y los estertores suberepitantes sólo se escuchan cuando se solicitan del enfermo inspiraciones profundas. En la infra escapular, escapular inferior izquierda y axilar del mismo lado, continúa la ausencia de la respiración, los estertores de burbujas finas, la broncofonía y la desaparición de las vibraciones torácicas.

Ultimamente, hasta el 29 de Septiembre, continuaron decreciendo los síntomas bronquiales. En esta época la respiración sólo era ligeramente exagerada, no había roncós ni sibilancia alguna, casi había desaparecido la tos, y la espectoración quedó reducida á dos ó tres esputos grises ligeramente teñidos de sangre; el estado de la nutrición es más favorable, pero persisten las lesiones señaladas en el lóbulo inferior izquierdo y base del derecho, la anemia, la disnea por anhematosis, los sudores, aunque no tan abundantes, y la disnea que reaparece al menor esfuerzo.

Lo que es de notar en esta etapa del proceso es la diversa extensión en que se perciben los signos físicos, pues mientras en el hemitorax izquierdo la submacidez, supresión de las vibraciones torácicas, ausencia del murmullo vesicular y estertores sucrepitantes se extiende por detrás, desde la espina del omoplato hasta la base, y en la axilar de este lado hasta el séptimo espacio intercostal, en el derecho sólo se percibe ligeramente disminuida la respiración y algún raro estertor en el último tiempo de las inspiraciones forzadas.

(Continuará.)

P. SALINAS
Médico primero.

MODIFICACIONES DE LA VOZ

EN LAS DISTINTAS OTOPATIAS

Los incesantes progresos de las ciencias físico-químicas y naturales sirven de base en Cirugía para perfeccionar los procederes operatorios, limitando el trazado de los cuadros de nosología y sumando el número de los agentes terapéuticos. De esta última ciencia y como rama de un grueso tronco, arranca la Otología, que, aunque joven, trae en sí savia bastante para poder competir con la que la diera origen por haber realizado en pocos años adelantos trascendentales, por más que aun quedan vacíos que llenar, como acontece en todas las ciencias.

Dejando á un lado los progresos generales de esta rama, concretémonos á las *modificaciones de la voz*. ¡Quién de los lectores de esta REVISTA y aun del vulgo mismo no se habrá fijado alguna vez en las modificaciones que la voz adquiere en muchas personas afectas de los oídos! Pues esta cuestión de tanta importancia ha sido tratada solamente por un distinguido otólogo muy recientemente. Todos hemos visto sordos que hablan dando grandes gritos; no parece sino que tienen la íntima convicción de que los demás no les oyen y levantan la voz mucho á fin de que les oigan bien. A propósito re-

cuerdo á un señor Capitán de Caballería, de guarnición en esta plaza, que adolece de este defecto por una extensa esclorosis doble del oído medio que le ha obligado á pedir su separación del servicio de las armas. Otros, por el contrario, se expresan en voz tan baja, que por muy cerca que de ellos se esté y sea mucha la atención que se les preste, á duras penas consiguen hacerse oír, y el que con ellos tiene necesidad de tratar, ó á todo tiene que decir que sí, ó entablar una serie de preguntas que le hace sufrir un verdadero martirio.

Otra modificación de la voz existe, por cierto de mucha importancia, y que, aunque menos frecuente, no por eso deja de presentarse en la práctica: consiste en la manera que tienen de hablar algunos individuos, que empezando en voz natural, por ejemplo, de pronto suben en intensidad sin causa alguna apreciable al parecer, para bajar repentinamente, produciéndose con este fenómeno una verdadera ataxia de la voz que hace producir la hilaridad de los que los oyen. Hay que advertir que á esta modificación de la voz acompaña una transformación tan marcada en la fisonomía, que á poco que se fije el observador puede sacar en consecuencia los padecimientos psíquicos si no materiales del enfermo. Es muy frecuente en el vulgo, que casi nunca se equivoca, el dicho «que ese tiene cara de sordo». Y en efecto: hay una cara especial que en lenguaje científico—porque dentro de la ciencia nunca nos hemos de conformar con lo vulgar—que se llama *facies otópática*, que sólo se observa en determinados padecimientos del oído. Dicha facies especial no se debe relacionar con la sordera en sus diversas escalas, porque sólo depende de otopatías ajenas á la audición; hay más: los sordos absolutos, los sordo-mudos, son los que más lejos de esta facies se encuentran, y bien puede asegurarse que nadie podrá descubrir en estos infelices el defecto de que adolecen tan sólo por el aspecto de su rostro. Los caracteres distintivos de la facies otópática consisten en un sello especial de estupidez, vaguedad en la mirada y boca constantemente entreabierta, aunque hay que agregar cierta inclinación de la cabeza hacia adelante, como si el enfermo tratara de escuchar atentamente, y que induce en más de una ocasión á errores de diagnóstico.

Dejando aparte la diferenciación de las enfermedades en que se observa esta alteración de la fisonomía, por no ser objeto de este trabajo y por lo lejos que habría de llevarme, pasaré á decir algo acerca de las alteraciones de la voz.

En la laringe de la especie humana, como en todo instrumento musical, hay que tener en cuenta tres condiciones indispensables productoras del sonido: La intensidad, el tono y el timbre. ¿Cuál de estos tres factores es el que sufre la transformación? ¿Son todos? ¿Lo es uno? Veámoslo. Cuando un enfermo de oídos levanta ó baja sen-

siblemente la voz, cualquier médico, sólo por este hecho, está autorizado á referir su padecimiento á un proceso otópatico, siempre que no haya síntomas de habla balbuciente, temblorosa, etc., y sólo se haga patente el cambio de la fuerza impulsiva del aire espirado á través del instrumento músico—digámoslo así—de su garganta, porque en este caso sólo aparece modificada la intensidad de la voz; y si el enfermo, por otra parte, hiciera mayores esfuerzos, no por eso se modificaría su voz para dejar de conocerle, porque sólo aumentaría su intensidad. Si esta razón no fuera bastante á llevar al ánimo la convicción íntima del hecho, aun pueden sacarse de la fisiología datos que lo prueban; porque la emisión de la voz está en mucha parte supeditada al sentido del oído, y la escala gradual de su intensidad depende única y exclusivamente de este órgano; no así las condiciones de tonalidad y timbre que sólo pueden referirse á la organización especial de la laringe y accesorios.

De lo dicho hasta aquí, se desprende que el aparato regulador de la intensidad de la voz es el oído, porque de no existir dejaría, no sólo de pasar la corriente de aire necesaria para producir la vibración de las cuerdas vocales, sino que hasta se haría imposible toda armonía. Pasando, pues, los hechos, como no de otra manera tienen precisamente que suceder, no sólo tenemos conciencia de la intensidad, tono y timbre de nuestra propia voz, sino que al mismo tiempo apreciamos y aquilatamos las de los demás y lo mismo toda clase de sonidos y ruidos. Descifrado el problema, puede ya sacarse la siguiente conclusión: Siempre que en ambos oídos se altere la función auditiva, tiene que sufrir la voz una variación en su intensidad.

Penetrados de estas verdades, hora es ya que diga algo de las otopatías capaces de producir las transformaciones de la voz. Las obstrucciones comminosas dobles y las alteraciones de ambos tímpanos que imposibiliten las vibraciones de estas membranas con integridad en la permeabilidad de ambas trompas, son causas de disminución en la intensidad de la voz; pero téngase muy en cuenta que la afección ha de ser necesariamente doble para que se produzca el fenómeno; porque siendo unilateral desaparece, puesto que el oído sano suple y hace innecesario el aumento de intensidad.

Las alteraciones profundas del oído interno, como la esclerosis, por ejemplo, y algunas veces la obstrucción doble de las trompas eustaquianas, producen el aumento considerable de la voz, hasta el punto que los enfermos hablan verdaderamente á voz en grito. Debiendo advertir que este fenómeno no es tan marcado en el segundo de los ejemplos puestos. Así, pues, podrá establecerse desde luego un diagnóstico diferencial en los casos dichos, y muy á ciencia cierta, sin

necesidad de reconocimiento alguno y sólo por la intensidad de la voz del paciente.

Las otitis medias dobles acompañadas de zumbidos intolerables, pero de tipo intermitente, son causa abonada para la ataxia de la voz, ó sea, como he dicho antes, el desequilibrio de su intensidad.

Indicadas á vuela pluma las modificaciones que la voz sufre y las enfermedades auriculares que la originan, habré de decir el por qué, dando explicación que satisfaga. Suponiendo que los tímpanos han perdido su facultad vibrátil ó los conductos auditivos obstruidos para poder dar paso á las ondas sonoras, la audición por estos sitios queda forzosamente abolida por imposibilidad mecánica, y el enfermo oír á su propia voz á través de las trompas, y una vez el sonido en ambas cajas, pierde ya algo de sus condiciones de normalidad; se refuerza, según las leyes de la acústica, y el enfermo no puede aguantar su voz porque le trastorna, y creyendo que habla á gritos, disminuye la intensidad de la corriente de aire espirado, hasta el punto de acomodarla á su oído, pero tan tenue que no se hace accesible á su interlocutor.

Por el contrario, en las esclerosis del caracol ú obstrucciones dobles eustaquianas, los enfermos no oyen su voz con una intensidad mediana ó natural, sino considerablemente disminuida; y dicho se está, que se ven obligados á aumentarla si han de darse cuenta de sus mismas palabras; sin poder apreciar á su vez que los que le escuchan sufren un verdadero atolondramiento por sus gritos.

La intensidad alternada de la voz-ataxia se presenta en las otitis medias dobles y tiene también fácil explicación. Como la intensidad de los ruidos y zumbidos cambia en ocasiones con frecuencia, cuando éstos cesan un momento, el enfermo baja la intensidad de su voz y vuelve á elevarla tan pronto como los ruidos empiezan de nuevo porque no se oye á sí mismo.

Poco puede decirse hasta hoy de las facies otopática, porque su explicación causal está aún envuelta en tinieblas; pero sí parece cosa averiguada que hay cierto consorcio entre ella y la obnubilación mental, porque una de las conclusiones hasta la fecha sacadas como una verdad inconcusa es, que hay ciertas otopatías capaces de producir la obnubilación, por más que los procesos otopáticos como causa de la obnubilación de las funciones de la inteligencia pueden continuar cesando por completo los fenómenos obnubitorios; este dato es precioso para formar juicio respecto al pronóstico de ciertas otopatías.

No quiero dejar pasar sin referir un caso que cuadra como de molde, aunque para ello tenga que ser algo digresivo. Se trata de un señor como de cuarenta años, recomendado á mí por un digno compañero y amigo, de esta localidad. Padecía el sujeto á que me re-

fiero, una otitis media derecha crónica, perforante y supurada, con frecuentes vértigos, ruidos, algunas veces intolerables, zumbidos, cófosis incompleta y supuración mediana, procedente de la caja del tambor. La trompa correspondiente sólo se la hacía funcionar con las duchas forzadas de Politzer por existir un estrechamiento cicatricial considerable en el ítmo, que impedía el paso normal del aire á la caja. Como antecedente se averiguó que había padecido un ataque de locura que obligó á la familia á tenerle en la casa y vigilarle de continuo. A este sujeto le he tratado su padecimiento hasta dejarle agotada la supuración del oído y disminuirle algún tanto los ruidos; pero temo que éstos se reproduzcan, porque la causa no ha desaparecido; mejor dicho, hay, como acabo de referir, un signo de la más alta importancia, que sirve de base á mi pronóstico, y es el fenómeno abnubilatorio pasado. Con este enfermo he hecho en su favor cuanto me ha sido posible por el mismo, por quien me lo recomendaba y por mi afán en esta materia; y he visto una vez más que todo ha sido infructuoso, porque en todos los casos de otopatías en que se presenta la obnubilación mental, aunque ésta haya desaparecido, son incurables, absolutamente incurables, y así lo hago saber á los enfermos que me consultan y que desgraciadamente se encuentran en el caso referido.

Por lo dicho se ve que la facies otopática está íntimamente unida á la obnubilación mental, y casi me atrevería á decir que aquélla es simplemente una consecuencia de ésta. Algo he tenido que separarme en las postrimerías de este artículo del tema que le sirve de epígrafe, pero siendo la facies otopática un signo que se da la mano, por un lado con la voz, y por otro con la obnubilación, no he podido por menos de tocar ambos extremos.

MANUEL ACAL,
Médico mayor.

Granada 20 de Septiembre de 1891.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Luxación del fémur.—Reducción fácil sin anestesia.—El Dr. Stimson, de New York, ha descubierto un procedimiento fácil y sencillo para reducir la luxación de la cabeza del fémur.

Un joven de 25 años tenía una luxación iliaca posterior de la cadera derecha: el muslo de este lado se encontraba en flexión, aducción y rotación interna; la rodilla descansaba sobre la cara anterior del muslo izquierdo, un palmo por encima de la rodilla del mismo lado. La más ligera presión sobre la región lesionada provocaba intensos dolores.

Stimson colocó al enfermo boca abajo, de modo que la mitad derecha de

la pelvis rebasara el borde de la cama, y el miembro inferior se hallaba suspendido mientras el miembro izquierdo lo mantenía un ayudante en posición horizontal. El muslo derecho pendía verticalmente y la pierna estaba en flexión en ángulo recto y era sostenida por la articulación del pie. Después de mantenida la suspensión por algunos minutos, los músculos se relajaron completamente, y por medio de un golpe seco, dado de arriba abajo, en el hueso poplíteo, consiguió el citado profesor que la cabeza del fémur entrara inmediatamente en la cavidad cotiloidea, produciendo un ruido característico.

Otro enfermo de 55 años y que también estaba afecto de luxación iliaca posterior derecha, fué mantenido en la expresada posición, mas viendo que al cabo de dos minutos los músculos no se habían relajado, ocurriose al autor la idea de poner en la corva del miembro lesionado un saco de arena de dos y medio kilogramos de peso: los músculos se relajaron poco á poco, y al cabo de otros dos minutos y medio se produjo espontáneamente la reducción de la luxación.

(*Giorn. med. del R. Esercito é della R. Marina.*)

Mareo.—Kola.—El Sr. Hamilton, Médico de la Armada Inglesa, ha tratado recientemente varios casos de mareo, administrando la nuez de kola, —semilla de la *sterculia acuminata*,—y ha obtenido tan sorprendentes resultados, que recomienda calurosamente dicho remedio, no ya como el preferible, sino como el único verdaderamente eficaz contra aquel angustioso estado.

La ingestión de un cocimiento de dos ó tres gramos de semillas de kola bastaron para hacer desaparecer en media hora todos los síntomas del mareo: desapareció el vértigo, cesaron los vómitos, disminuyó la postración de fuerzas, el impulso cardiaco se regularizó, y el pulso recobró su plenitud y ritmo normales. Algunos individuos que han servido durante varios años en la escuadra británica sin encontrar ventaja alguna de los remedios preconizados contra el mal de mar, han soportado con el uso de la kola, libres de todo género de trastornos, todos los inconvenientes del mal tiempo.

La favorable acción de la kola en el mareo se explica, según Hamilton, tanto por la influencia estimulante que ejerce dicha substancia sobre los centros del sistema nervioso, como por su misma acción local sobre la mucosa gástrica.

(*The Lancet.*)

Adenopatias escrófulo-tuberculosas. Naftol alcanforado.—M. Reboul (de Marsella) dice que en un trabajo presentado á la Sociedad de Cirugía en 1890 (*Semaine medicale*, 1891, pág. 124), dió á conocer los resultados que obtuvo en el tratamiento de las adenopatías escrófulo-tuberculosas por las inyecciones intersticiales de naftol alcanforado.

Desde entonces pudo recoger nuevas observaciones, que añadidas á los hechos inéditos recogidos en la tesis inaugural de David, le permiten exponer lo que se puede y debe esperar de este procedimiento de tratamiento.

El trabajo presentado á la Sociedad de Cirugía estaba fundado sobre 27

observaciones; desde entonces ha recogido otras 5, las cuales, añadidas á los 15 éxitos inéditos relatados por David, dan un total de 47 casos: 43 veces tratábase de adenitis cervicales, una vez de ganglios axilares, tres veces de ganglios inguinales. Los ganglios eran duros en 18 casos, blandos en 24 y ulcerados en 5.

De esos 47 casos, se ha logrado 28 curaciones y 19 mejorías. En 32 observaciones personales ha comprobado 19 curaciones y 13 mejorías. En todos esos hechos no siempre se ha conseguido la completa curación y desaparición de las adenitis tuberculosas, pero por lo menos siempre se ha notado una mejoría considerable y la disminución de los ganglios, lo cual equivale casi á una curación.

El tratamiento de las adenitis tuberculosas parece, pues, útil; no es peligroso, no determina accidentes, da buenos resultados y parece obrar á la vez sobre el estado local y sobre el estado general.

(Los Nuevos remedios.)

* * *

Paracentesis abdominal. Sitio de elección. — Desde Monro, el punto clásico para la paracentesis abdominal es el situado en la parte media de la línea que va del ombligo á la espina iliaca anterior superior izquierda. Sin embargo, se citan varios casos de hemorragia grave con motivo de punciones practicadas por operadores hábiles en el sitio arriba indicado. A consecuencia de un accidente de este género, Rudolf Tzsbicky se ha dedicado á investigaciones anatómicas en individuos muertos con ascitis, á fin de averiguar la causa de tales hemorragias y conocer el medio de prevenirlas. Y el resultado de tales investigaciones, publicadas por los *Arch. für Klin. Chirurgie*, se condensa en las conclusiones siguientes:

1.^a En la mayoría de los casos, el sitio clásico de elección ofrece bastantes garantías para evitar la lesión de la arteria epigástrica, que casi siempre cruza la línea de dirección en la unión del tercio medio con el tercio interno ó superior.

2.^a En un respetable número de casos, puede herirse dicha arteria ó alguna de sus ramas, haciendo la punción en el sitio arriba indicado.

3.^a La arteria epigástrica, acompañada ordinariamente de una sola vena, ocupa raras veces la misma situación en ambos lados.

4.^a La marcha depende en gran parte de la situación de la vaina del músculo recto, lo cual constituye un peligro para la punción clásica, en el caso de distensión extrema de este músculo.

5.^a La altura á que la arteria nace de la ilíaca no parece ejercer influencia alguna sobre su dirección.

Anatómicamente, es preferible la punción sobre la línea alba, recomendada por muchos operadores, porque no hay que temer la lesión de un órgano importante alejándose suficientemente de la sínfisis pubiana para evitar la vejiga. Debe practicarse exactamente sobre la línea alba, á los lados de la cual corre á veces una arteria de regular calibre y cuya herida pudiera ser mortal.

(Bull. gen. de Therap.)



SECCIÓN PROFESIONAL
—
DÉCIMO CONGRESO MÉDICO-INTERNACIONAL
BERLIN 1890
—

Resumen de las sesiones de la Sección de Sanidad Militar (18.^a)

(Continuación.) (1)

Con respecto al tratamiento ulterior, antiséptico naturalmente, se presentan las siguientes proposiciones:

1. Cada puesto de curación y cada hospital de campaña debería estar dotado de medios auxiliares probados para la esterilización de los instrumentos y material de apósito. Se recomiendan aparatos para esterilización por el vapor, entre estos, especialmente el de Cathcart. (Edinburgh. Med. Journ. Agosto 1890.)

2. El material sanitario ha de ser sencillo y en cantidad suficiente; antiséptico, absorbente de los segregados de la herida y no irritante.

3. En todos los ejércitos debería introducirse el sistema de clasificar las heridas en el campo de batalla y colocar al enfermo tablillas diagnósticas.

En los puestos de curación deberían clasificarse las lesiones en unas, que han tenido un tratamiento antiséptico acabado, y otras que requieren una intervención operatoria. Con relación á este punto se han de señalar y fijar las tablillas diagnósticas. En los hospitales no deberían cambiarse los apósitos de la primera especie sino cuando se sospeche que las heridas se han vuelto sépticas. En ellos deberían efectuarse las operaciones que hasta este momento han podido diferirse.

La posibilidad de dar satisfactoria solución á la segunda parte de la pregunta: «cómo puede hacerse para que los médicos de un ejército estén en disposición de asegurar el curso aséptico de las heridas con el material de curación de otro ejército», depende de dos condiciones:

1. Todos los ejércitos deberían indicar de la misma manera la especie de la lesión que se observa y el tratamiento empleado.

2. Debe hacerse saber á los oficiales de Sanidad de manera sen-

(1) Véanse los números 101, 102 y 104 de esta REVISTA.

cilla y por todos inteligible, la especie de las substancias y del material de apósito y curación usuales.

En todos los ejércitos deberían por lo mismo, adoptarse tablillas diagnósticas uniformes: blancas para heridas graves, rojas para las leves. Añadiendo la letra *A* en la tablilla, indicaría que la herida ha de ser curada; la letra *B* significaría que la herida está curada ya: la letra *C* que exige una operación.

Para hacer conocidas distintamente las substancias de curación y las disoluciones, deberían emplearse determinados colores para todos los Ejércitos. Hasta aquí, por ejemplo, la gasa sublimada usada en Alemania se tiñe de rojo y se empaqueta en papel de este mismo color, mientras que á los paquetes análogos en Inglaterra se les da el color azul. Debería establecerse convenio sobre la manera de usar el color para estos casos.

La concentración de las disoluciones habría de ser, cuando está marcada de un modo permanente en los frascos, inteligible para todos; asimismo sería ventajoso establecer una determinada concentración de las disoluciones admitidas en campaña.

Terminado este primer discurso, manifestó el Sr. Weber (Besançon) *el material de apósito antiséptico del Ejército francés.*

El orador recuerda que no hace mucho tiempo todas las curas se hacían, en todos los Ejércitos, exclusivamente con hilas, compresas de hilo y vendas de hilo ó de algodón, y hace referencia á las comunicaciones que siguen del Sr. Regnier (véase más adelante) acerca de los ensayos para convertir la gran cantidad de hilas depositadas en los almacenes franceses en material aprovechable, por medio de la esterilización, en caso de necesidad; pero en principio la hila está abolida en las curas francesas, y hace ocho años que ya no se prepara más.

Gasa, algodón y estopa son hoy día las substancias empleadas en el Ejército francés: las tres han de ser purificadas ó limpias, convirtiéndolas además en asépticas y absorbentes.

El orador, que desde 1882 ha dado á conocer, en la *Revue de Chirurgie*, en unión del Farmacéutico principal Sr. Thomas, procedimientos mecánicos y químicos para tratar los tejidos correspondientes al indicado fin, muestra á la Asamblea pruebas de las referidas tres substancias.

La estopa admite 15 ó 16 veces su peso de agua. Puede partirse en compresas cuadrangulares de varias dimensiones, que permitan la colocación muy rápida de apósitos. El orador concede importancia, en la guerra, á evitar la necesidad de romper y estirar los materiales de apósito, porque esto roba tiempo. En general, se emplean en el Ejército francés planchuelas, que el orador presentó primero á la Acade-

mía de Medicina de París, el 10 de Octubre de 1882, piezas de 10 centímetros cuadrados y 10 gramos de peso. Cada una de éstas se envuelve en gasa para evitar que se pegue á la herida.

Cada 10 ó 25 de ellas se reúnen en un paquete de 100 á 200 gramos de peso, reducidos por la comprensión á muy pequeño volumen y empaquetados en papel impermeable, los que toman su ordinario volumen, á causa de la elasticidad del contenido, tan pronto como se abre el paquete: tienen una acción fuertemente antiséptica, mediante la imbibición en soluciones sublimadas al 1 por 100.

En la dotación del Ejército francés se cuentan cantidades considerables, como substancias antisépticas, de ácido bórico, fénico, iodoformo, etc., que puede cada cual emplear á su gusto; pero para la preparación de los materiales de apósito antiséptico, se usa exclusivamente el sublimado. Si éste, después de algún tiempo, no se encuentra ya en los objetos con él mismo tratados, prueba que el análisis ó la preparación han sido defectuosos. El método ordinario de preparación y reconocimiento en el Ejército francés, se encuentra en los *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (Abril 1890).

Además, dispone el Ejército francés de considerables cantidades de *uata de turba*, del Médico mayor *Redou*, la que si bien tiene el inconveniente de que ensucia las heridas, en cambio es muy útil para envoltura antiséptica de todo un miembro ó de grandes superficies, y cuesta muy barata.

En la dotación del Ejército francés hay, además, vendas de varias clases, compresas, pañuelos, gasa, algodón cardado, franela, telas impermeables, catgut, seda carbólica, crines de Florencia, etc.

Todo este material se conserva en continentes que tienen determinados números y, en todas las disposiciones sanitarias, al mismo número corresponde el mismo contenido.

La misma clase de material se encuentra en los coches sanitarios, en las bolsas de vendajes de las tropas y de los camilleros, así como en los paquetes de curación ó apósito que el soldado lleva consigo en campaña.

Finalmente, se ha introducido un pequeño aparato, que permite en cualquier ocasión esterilizar el material de dudosa asepsia.

Después de esto, explanó el Sr. Von Bergman (Berlín) el segundo informe acerca del tema en cuestión:

Desde las últimas guerras se ha efectuado un progreso inmenso en las disposiciones sanitarias de los Ejércitos. Aunque en puntos aislados, con respecto al material de curación de los diversos Ejércitos, existen diferencias, éstas casi desaparecen enfrente de lo que hay en ellos igual. En todos los Ejércitos se observa firmemente el principio de usar únicamente un material de apósito que no puede ocasionar

daños á la herida. En primer lugar, debemos agradecer á Víctor v. Bruns que haya desterrado de los hospitales las hilas, reemplazándolas por uata desengrasada, es decir, por una materia de apósito limpia, en oposición á las hilas. Uno de nuestros mayores progresos consiste en que actualmente podemos ofrecer á nuestros heridos en la guerra un material de apósito completamente *esterilizado*. La *compresión* permite llevarlo en grandes cantidades. Podemos así afirmar que al presente tenemos á nuestra disposición en el Ejército un material de curación tan bueno como el que se usa en tiempo de paz. Lo principal está en que sea esterilizado; por lo demás, se halla á nuestro alcance también convertir en bueno un material malo por medio de la esterilización.

Pero para los resultados quirúrgicos en la guerra, convendría, no sólo buen material de apósito, sino también unidad en su empleo.

El orador desea en la guerra, además de un material uniforme y la estricta práctica de aquellas medidas encaminadas á dejar libres de gérmenes las manos del Médico, una *cura uniforme*.

El campo de batalla no es lugar para hacer valer la individualidad: ha de reinar en él la unidad, una cura con arreglo á modelo determinado, en cuya práctica se ejercite siempre el Médico militar durante la paz.

A este fin deben distinguirse: 1.º Las heridas de las partes blandas, por arma de fuego, en las que principalmente lo que procede es sólo evitar causas nocivas. 2.º Heridas por disparo, interesando los vasos, con reciente hemorragia. 3.º Disparos que interesan los huesos y, entre estas heridas, los casos *a* con pequeñas aberturas de entrada y de salida, y *b*, casos de abertura de salida mayor. Los indicados en el número 3.º *a*, son propios para la cura permanente, que debe colocarse en seguida: vendaje enyesado, férulas. Los apósitos han de estar bien ajustados. Ateniéndose á esta clasificación, ha de llevarse la práctica al mayor grado posible, con objeto de asegurar la uniformidad y bondad del apósito en el primer puesto de curación, y no debe empezar á individualizarse sino en los hospitales. El orador ha publicado casos, en relación con el asunto, de heridas de la rodilla por arma de fuego. De 18 heridos de este género, en que á las 24 horas se colocaron del mismo modo apósitos permanentes, alcanzaron 17 la curación con este tratamiento; en uno fué precisa la amputación. Observando estos principios, el Médico de hospital obtiene gran ahorro de tiempo. El apósito, debidamente colocado en el puesto de curación, puede quedar aplicado, si no sobrevienen alteraciones, durante meses. El orador tuvo ocasion, en los Balkanes, de curar á un hombre que tenía fractura del brazo, por disparo: el herido tuvo puesto el apósito cuatro meses, encontrando, al quitarlo, que la lesión esta-

ba completamente curada. La cuestión varía mucho para el tratamiento en el hospital. En éste pueden también dictarse algunas reglas, pero son pocas. En todo caso, aconseja el disertante nunca obstruir (*taponar*) una herida que supura, obteniéndose los mejores resultados dejándola abierta y con *drenaje*.

Trad. por

JULIO DEL CASTILLO

Médico segundo.



VARIEDADES

El día 8 del actual se verificó en la Real Academia de Medicina la solemne recepción del académico electo Dr. Cortezo.

El discurso leído por este ilustrado profesor versó sobre *La Bacteriología y la Terapéutica*; y aun cuando el tema, sinó agotado, está gastado por demás, la exposición del mismo resultó brillante, así por la fuerza de la dialéctica empleada, como por la fluidez y galanura de estilo, tan reconocidas por todos en el nuevo académico.

El Dr. Pulido estuvo encargado del discurso de contestación; discurso que, como se esperaba, fué una elocuente manifestación del entusiasmo con que este distinguido publicista médico acoge y defiende todas las ideas que envuelven algún progreso científico.

La sesión revistió la mayor solemnidad y los Dres. Cortezo y Pulido fueron muy felicitados por los académicos y el público.

En el Instituto de Higiene de Berlín ha sometido el Dr. Kübler á una serie de experimentos el filtro Chamberland-Pasteur, tan generalizado en Francia y en Bélgica.

Las experiencias han permitido demostrar que el expresado filtro da por espacio de tres ó cuatro días un agua exenta de bacterias, pero pasado ese tiempo deja pasar una cantidad extraordinaria de gérmenes.

El trabajo de Kübler, publicado en la *Zeitschrift für Hygiene*, ha contribuido poderosamente á esclarecer el juicio que merece el célebre filtro Chamberland adoptado y preferido, como todos sabemos, por el ejército francés.

Muy en breve comenzará á publicarse en castellano una versión de la notable obra enciclopédica que, bajo la dirección de los Dres. Charcot, Bouchard y Brissaud, se está publicando actualmente en Francia y que lleva el título de *Traité de Medecine*. La traducción española correrá á cargo de los Dres. Oloriz, Gimeno Cabañas, Fernández Caro, Hernando, Espina, Aramendia, Toledo, Monmeneu, Valle y otros distinguidos prácticos.

Constará como la francesa de seis voluminosos tomos con grabados y se publicará por cuadernos de 160 pág. al precio de tres pesetas. Será editada por la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* y la duración de su publicación será la de dos años, que será el tiempo que tarde en publicarse en Francia.

Muy en breve aparecerá el primer cuaderno

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

Los tratamientos de la difteria. Recopilación de los principales métodos de tratamiento modernamente empleados contra esta enfermedad, por *D. Agustín Fustér y Fernández*. Hellín, 1891.