

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII

MADRID 1.º DE JULIO DE 1898

Núm. 265

Pronóstico comparado de las heridas por arma de fuego en las cavidades esplácnicas.

En la ciencia del pronóstico, lo propio que en la taxonomía ocurre dentro de la historia natural, hay que establecer agrupaciones seriadas de caracteres para individualizar y constituir especies patológicas de mayor ó menor gravedad. Tan complejísima es la operación, por la innumerable cohorte de modificaciones que en cada individuo son de apreciar respecto á su característica, que en esta parte de la medicina, más que en ninguna otra, es donde el médico, de hombre de ciencia pasa á ser verdadero artista.

En los diversos órdenes de datos que para una lógica clasificación, aunque lo de lógico sea relativo, pueden servir de fundamento, sobre todo en cirugía, indudablemente que el topográfico, ocupa ó ha ocupado lugar preferido.

Porque es innegable que el signo pronóstico derivado del sitio de una lesión determinada, vá perdiendo valor en patología general á medida que se van conociendo nuevas leyes fisiológicas. Los hechos de *sustitución orgánica* se hacen cada día más patentes, y á cada paso se encuentran *fenómenos de acomodación* patológica, que echan abajo de un solo golpe prescripciones científicas tenidas por incontrovertibles.

Ya no es un misterio la razón en virtud de la cual vuelva á hablar el afásico que padece embolia ó pérdidas de substancia en el territorio silviano izquierdo, ni inexplicable la inalterabilidad de una extremidad inferior después de la ligadura de su vena femoral, ni maravillan cien hechos semejantes y *bizarros* que se registran en los anales periodísticos; la biología y sus escudriñadores se han encargado de esclarecerlos.

Habíamonos acostumbrado á tener á nuestro organismo como un ser aislado en la escala zoológica, sin tomarnos la molestia de pensar que por su estrecha analogía con todos los seres organizados,

á todas sus leyes está perfectamente sometido. En el orden fisiopatológico, puede presentarnos verdaderos *atavismos* como en el estado fisiológico; resistencias orgánicas increíbles, ya por exceso, ya por defecto de función; mitridadismos naturales y artificiales como los conferidos modernamente con los sueros antitóxicos animales y los sueros minerales; y no ha desaparecido el error hasta que, remontándonos á consideraciones filosóficas de alto vuelo, norte seguro en todo linaje de estudios, hemos obtenido consecuencias bien sanas y palpables.

El asunto que me ocupa es de los que demuestran lo anteriormente asentado.

*
**

Un cirujano antiguo consideraría, en general, y con arreglo al dato topográfico, como más graves, entre igual número de heridas penetrantes por pequeño proyectil de arma de fuego: Primero. Las de cráneo. Segundo. Las de torax. Tercero. Las de abdomen.

Un cirujano moderno las apreciaría en el siguiente orden: Primero. Las de abdomen. Segundo. Las de torax. Tercero. Las de cráneo; así como el propio cirujano establecería un distingo para las heridas operatorias, según el cual deberían metodizarse aquellas así: (a) heridas cráneo-vertebrales.—(b) de torax.—(c) de abdomen.

Conviene hacer notar, sin embargo, que el pronóstico antiguo como el moderno no ha variado, sino que se ha cimentado más con respecto á las lesiones bulbares; pero se ha inclinado á la benignidad en los traumatismos de la zona y órganos cardiacos.

Intentando buscar las causas de la dicha variación, analizaré alguno de los fundamentos que hayan podido, á mi juicio, ocasionarla.

*
**

¿Por qué antiguamente (a. de Cl. Bernard) se consideraban las heridas craneales más graves que las otras viscerales apuntadas? Una fisiología sintética, el conjunto tradicional y abigarrado de observaciones en cuanto hacía referencia á las más altas funciones del organismo, y la entonces forzosa tendencia á la unicidad en toda la dinámica del encéfalo, eran motivos suficientes para que toda herida que perforase la caja craneana se considerase de pronóstico funesto.

Llegada la época experimental, desentrañáronse poco á poco, primero en los lóbulos, después en las circunvoluciones, más tarde

en las substancias blanca y grfs, y por último en manojos de fibras y grupos de células, diversos centros de otras tantas actividades vitales, unidos por estrechísima red de conductores fibrilares, y cambió el juicio pronóstico según el centro ó zona interesados, perfectamente determinables por medios directos ó indirectos, y aún alambicóse aquel en grado sumo, estableciéndolo *quoad vitam* y *quoad funtionem*, realizándose un verdadero progreso.

Mas, observándose que las zonas consideradas como acumuladoras, receptoras y emisivas de la energía vital podían ser en algunos casos, que al principio se pusieron en duda, asiento de procesos patológicos sin que dejaran de cumplirse sus respectivas funciones, comprendióse que, habiéndose localizado aquéllas en un solo hemisferio cerebral, cometióse craso error, pues allí estaba la misma anatomía para demostrarlo; pues si no, ¿á qué tal división dicotómica en partes perfectamente semejantes de los órganos craneales? ¿Y, llevando la cuestión á su fundamento filosófico, para qué dos pulmones, y dos testículos, etc., sino para asegurar más las funciones encomendadas á éstos órganos? Reflexión que dió lugar á que, considerando sabia disposición aquélla, se estableciese, previos razonados experimentos, como ley biológica la *sustitución funcional* en los órganos pares, y aun en los semejantes, haciéndose el distingo de que al entrar en actividad el órgano *sustituto* necesitaba cierta graduada gimnasia.

Con este estudio están relacionadas consideraciones relativas á la oposición, aparente, de ciertos fenómenos vitales, pero que en la armonía biológica tienen tal ligazón y recíproca dependencia que, en ocasiones, y para la resultante general de la vida, pueden fácilmente sustituirse; precioso fruto científico que la teoría mecánica de las sensaciones nos suministra.

*
**

En las heridas de torax la mayor benignidad en el pronóstico débese en la actualidad á condiciones extrínsecas al dato topográfico: introducción de la antisepsia y la asepsia, la mayor audacia operatoria (punciones é inyecciones torácicas, resecciones óseas, etcétera; relegación, si no olvido completo, de la sangría.) Pero con respecto al dato, base de nuestro estudio, puede afirmarse que apenas se ha modificado el concepto de gravedad en los traumatismos torácicos á que vengo refiriéndome y aparte la nota apuntada respecto á las lesiones cardiacas.

*
**

Ahora bien; en las heridas no operatorias de los órganos abdominales, todo ha contribuido para que el pronóstico se haga más grave al par que más confuso.

Desaparecido el *noli me tangere* lanzado sobre la patología del peritoneo y los intestinos; flamante, con coquetería pretenciosa, á todos los vientos, las seductoras estadísticas de laparotomias sin cuento con *tomias* de todas las vísceras del vientre, parecería que las heridas del abdomen iban á resultar inocentes..... Mas no ocurre así, por desgracia; convengamos en que tal suceda en las lesiones con un fin terapéutico practicadas, pero ¡qué diferencia á las inferidas accidentalmente!

A quien no hubiere siquiera deletreado la historia de nuestras modernas conquistas, se le ocurriría preguntar dónde están esos órganos nobilísimos, insustituibles; esos centros *sine qua non*, con cuya muerte se pueda arrastrar al mundo de lo inorgánico á toda la complicadísima armazón de nuestra economía. *In panca virtus*: como nace la vida de una pequeña célula, otra pequeña célula puede engendrar la muerte. Bastará que aun en pequeño espacio esté vulnerada la vía gastro-intestinal ó su atmósfera celulosa, y que, en comunicación con el peritoneo vierta en él cantidad infinitesimal de su contenido semilíquido, para que los habituales huéspedes de aquélla produzcan una *itis* intensísima, por miriadas de reproducciones micro-orgánicas suscitada, y una alta pirexia por activísimos venenos levantada.

De modo que el principal elemento integrante en el juicio pronóstico de las heridas del abdomen, refiérese al conflicto patológico determinado por las bacterias ó sus secreciones existentes en el tubo digestivo, ó las que accidentalmente penetran en él con ocasión del traumatismo.

Secundariamente, debe informar también aquel juicio el grado de conmoción ó de choque que reciba el sistema nervioso de la cavidad que nos ocupa, en ocasiones suficiente, aun con lesiones concomitantes de poca significación, para producir una muerte segura.

Debe entrar asimismo en dicha función intelectual la consideración del mayor ó menor efecto explosivo del proyectil en los órganos huecos que sirvan de recipientes á excreciones ó secreciones; lo cual, sabido es, por las modernas investigaciones, cuánto puede hacer variar el pronóstico, según el mayor ó menor grado de repleción de aquéllos.

Conviene hacer notar que se tiende á conceptuar, después de

numerosas observaciones, como inocentes á algunas secreciones normales del organismo, cuando por encontrarse heridos sus centros de formación ó vías de desagüe se infiltran en la economía; hasta el mismo pus (llamado así por extensión) de los abscesos biliares, viene ya considerándose como aséptico, y, por tanto, de trascendencia menos significativa que antiguamente.

Como se vé, el pronóstico de las heridas abdominales, mientras que se ha hecho benigno por razón topográfica, se ha agravado en cuanto á los demás factores que en él puedan influir.

Estas ligeras consideraciones nos las ha sugerido la asistencia de unos 300 heridos en el hospital militar central de Manila y en operaciones de campaña.

SANTOS RUBIANO.

Médico segundo.

Manila, Febrero 1898.

— 329 —

BIBLIOGRAFIA

Obliteración de las hernias, por D. José Ortiz de la Torre.—Madrid, 1897.
—Si, como el distinguido cirujano Dr. Ortiz de la Torre dice en su libro, la obliteración de las hernias (no estranguladas) en sujetos sanos, y no viejos, y con algunas condiciones de tamaño moderado del tumor, es una operación completamente inocente si se realiza por un cirujano cuidadoso y que esté bien poseído de la técnica que se requiere para el caso, él que reúne sobradamente dichas condiciones, y que es no sólo cuidadoso, sino un buen cirujano, en toda la extensión de la palabra, demuestra elocuentemente con su obra, sin pretenderlo, que su intervención quirúrgica por obliteraciones de hernias ha resultado con tanto ó mayor éxito en aquellos casos que no han sido precisamente de moderado tamaño ni sencillas en su constitución.

Es el trabajo del Dr. Ortiz de la Torre, conciso, metódico, completísimo, y tan imparcial en la estadística que presenta, que algunos detalles hubiera podido muy bien hacer de ellos abstracción, sin detrimento de la verdad, en los resultados obtenidos en sus operados.

De entre 22 casos de toda clase de hernias tratadas, 19 eran es-

tranguladas y dieron siete muertos (36,8 por 100.) Las hernias no estranguladas y operadas fueron 72, y produjeron tres muertos (4 por 100 próximamente.)

Estos resultados, positivamente tan brillantes, lo son aún más teniendo en cuenta la variedad de casos, respecto á tamaño, edad y condiciones orgánicas de los pacientes y á otras diversas causas, que muy justa y oportunamente hace constar el Dr. Ortiz de la Torre en su por muchos conceptos recomendable trabajo.

* *

Diartrosis interespinosa, por el Dr. Antonio González Prats.—Granada, 1897.—Los ejemplares de espondilochisis y subsiguiente espondilolistesis recogidas por el Dr. González y Prats, constituyen el motivo de un trabajo tan minucioso y detallado que por sí sólo sería muy suficiente para acreditar á su autor de observador concienzudo, si no demostrara de modo palpable en su trabajo sus recomendables condiciones de anatómico, en las cuales implícitamente quedan incluídas las de buen observador.

No necesita de nuestro imparcial aplauso el ilustrado Director de Museos anatómicos de Granada, y celebraríamos continuase sus observaciones teratológicas, sobre las cuales queda vastísimo é importante campo por estudiar.

* *

Método práctico de análisis de orinas, por D. Eduardo Ricord Puerta.—Madrid, 1897.—El mérito de este folleto lo demuestra la determinación del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, que lo premió en el concurso celebrado en 1896.

Constituye un trabajo que, para las necesidades ordinarias de la clínica, puede conceptuarse como completo, y como condición propia y exigida en el mencionado concurso, conciso y claro.

Sin embargo, es posible que por no prescindir en algunas cuestiones de esa obligada condición le haya hecho incurrir involuntariamente en algunas omisiones, desde luego poco importantes, ó en rodeos descriptivos contraproducentes, por desear obtener claridad en la exposición.

Así, por ejemplo, en la determinación cualitativa de la albúmina no menciona el rapidísimo procedimiento de determinación con el ácido nítrico; así como al tratar del sedimento dice que se introduce en la orina un tubo de vidrio afilado en punta, tapando con un dedo la parte superior, cuando hubiera sido más breve decir simplemente, por ejemplo, se toma el sedimento con una pipeta.

Aparte de estos pequeños detalles, seguramente originados por la forzosa adaptación á las condiciones del concurso, el trabajo del Sr. Ricord es muy recomendable.

* * *

La neurastenia, por el Dr. D. Vicente Ots y Esquerdo.—Madrid, 1897.— Nada mejor se me ocurre para expresar el juicio de la importante memoria del Dr. Ots, que transcribir el siguiente, de autoridad tan competente como el Dr. del Valle y Aldabalde (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.)

«El estudio de la neurastenia es cada día más necesario, y en este sentido merece plácemes la Real Academia de Medicina al ponerlo como tema de concurso para uno de los premios que anualmente otorga. El Dr. Ots y Esquerdo es el que ha tenido con la presente Memoria la honra de merecer la recompensa prometida, y con eso dicho y reconocido está el mérito del presente trabajo, en el que no sólo demuestra el autor conocimiento de la literatura relativa al asunto de que se trata, sino también experiencia personal y criterio propio. En el capítulo de la patogenia, rechaza, y con razón, aquellas teorías que buscan la causa íntima de la neurastenia en fenómenos, de los cuales unos la acompañan rara vez, otros son nada más que concomitantes y dependientes de la misma causa, y otros, por fin, se hallan con la neurastenia en relación de dependencia y subordinación, en vez de serlo como se pretende de prelación y casualidad. En el capítulo de las variedades, defiende la unidad de la neurastenia, al ir examinando las diversas formas clínicas de la misma que se han querido admitir, y se funda para sostener su opinión en que el hecho de que un mal pueda ser producido por diferentes causas, no es motivo suficiente para crear otras tantas entidades morbosas, como tampoco lo es el de que se complique con otros padecimientos con más ó menos frecuencia. No se limita el Dr. Ots en este capítulo al examen patológico, sino que desciende al terreno clínico, aduciendo casos de su experiencia, que pudieran ser colocados en las distintas formas que se han pretendido admitir en la neurastenia, y supliendo la falta de hechos propios, cuando no puede aducirlos, con la transcripción de los publicados por otros autores. Este capítulo es el más interesante de la Memoria, y sin duda por eso se ha extendido menos el autor en la parte relativa á la profilaxia y á la terapéutica, si bien es cierto que en esta última hace referencia á las obras y monografías de otros autores, que andan en manos de todo el mundo. Sólo si haré

notar, que en lo relativo al hipnotismo sostiene el autor la opinión, con la que estoy del todo conforme, de que la sugestión terapéutica puede obtenerse sin necesidad de este medio, que, por otra parte, no deja de ser peligroso por más de un concepto.»

* * *

Diagnóstico especial de las enfermedades internas, por el Dr. Guillermo V. Leube, publicado por la librería editorial de los Sres. Bailly-Bailliere é Hijos.—Madrid, 1898.—Hemos tenido ocasión de examinar rápidamente el tomo primero de tan interesante obra, cuya característica es la de adaptarse al concepto clínico con completa abstracción de las descripciones teóricas de casi todas las obras de Patología médica.

Con sobrada razón dice en su prólogo el distinguido Médico, mi estimado amigo Dr. de la Riva y Perea, fiel traductor y oportuno anotador de la obra, que el Médico práctico hallará en ella un guía, con el cual abordará y resolverá, sabiendo á que atenerse, los problemas que han sobrevenido por la introducción en la clínica de los nuevos procedimientos de investigación.

No es de escasa importancia tampoco la advertencia que hace al lector de que este libro se debe consultar cuando al mismo tiempo se vean enfermos ó para aclarar las dudas que se susciten en el diagnóstico.

El primer tomo, que es el que hemos recibido, trata especialmente del diagnóstico de las enfermedades del corazón, de las del aparato respiratorio, de la tráquea y bronquios, del pulmón, del mediastino, de la pleura, de los órganos abdominales, del hígado, del bazo, del tubo digestivo, de la boca, del paladar y de las fauces, del esófago, del estómago, del intestino, de las del aparato urinario, de las de la vejiga y de las enfermedades de las cápsulas suprarrenales, haciendo de todas ellas un concienzudo estudio de muchísimo interés para el diagnóstico.

Recomendamos esta importante obra, lo mismo á los Médicos que á los estudiantes, en la seguridad de que nos han de agradecer este servicio.

Es de esperar que el segundo tomo (que según nuestras noticias completa la obra), no desmerezca del precedente.

MIGUEL SLOCKER.

Médico primero.



REVISTA ESPAÑOLA

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE Y DEMOGRAFÍA

Sobre el contagio del paludismo, por el Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez.

CONCLUSIONES.

1.^a El contagio del paludismo, idea que no es corriente, es aceptable en principio por tratarse de un padecimiento de causa viva, que no agota sus actividades en el cuerpo humano, y porque puede ser transmitida como cualquiera otra.

2.^a No habría lugar á discusión si no se confundiera con frecuencia el contagio y la infección, y si se entendiera por ésta el efecto producido, sea donde sea, por la causa infectante.

3.^a Aun aceptado el contagio en su sentido más estricto, el paludismo es contagioso.

4.^a Está probado que se transmite de hombre á hombre mediante la inoculación experimental de la sangre, y lo mismo debe aceptarse de la inoculación accidental.

También está probado el paludismo congénito.

5.^a El contagio directo, por contacto ó con intermedio, tiene hoy en su activo muchos hechos, buen número de los cuales han sido recogidos por los Médicos cubanos. A mi vez he observado algunos.

6.^a Lo más probable es que este contagio siga las leyes generales de otros padecimientos infectivos en lo que atañe á puerta de salida, transporte y puerta de entrada.

*
**

Enfermedades protozoarias desde el punto de vista higiénico, por el doctor D. Rafael Rodríguez Méndez.

CONCLUSIONES.

1.^a Los *Protozoarios* constituyen hoy un grupo zoológico puramente convencional, en donde entran todos los seres que no tienen cómoda colocación en las demás secciones.

2.^a Los límites de este grupo no están bien determinados, y, por lo mismo, tampoco pueden estarlo las enfermedades llamadas protozoarias.

3.^a Los seres aceptados, todavía no bien conocidos, son bastante heterogéneos; por tanto, los padecimientos que se supone motivados por ellos no deben ser muy homogéneos, no pueden constituir una familia morbosa, propiamente dicha.

*

4.^a En el grupo de los *Rizópodos*, sólo los *Amibos* deben ser estudiados, pues de los demás no se conoce hoy que obren como causas morbosas.

5.^a Los *Amibos*, especialmente el *coli*, y en general todos los intestinales, han sido largo tiempo considerados como los productores de la disentería, pero hoy no hay bastantes motivos para pensar así, y el problema está por resolver. Quizás la disentería es bacteriana y no amibiana.

6.^a Mientras este punto se halle en litigio, el higienista no debe intervenir. Si algún día interviene, ha de ser con el calor y con la filtración, y tal vez con los ácidos.

La disentería, hasta conocer mejor su causa, debe ser reputada como enfermedad infectante, y como tal tratada.

7.^a En cambio, parece bien demostrado que un *Amibo*, el *Protomæba aphthogenes*, de Piana y Fiorentini, es el productor de las altas epizoóticas.

8.^a En los *Radiolarios* no existe ser alguno que pueda ser considerado nocivo para el hombre.

9.^a Entre los *Esporozoarios*, ni las *Microsporídeas* ni las *Mixosporídeas* tienen que ver con la Patología humana.

10. Las *Sarcosporídeas*, por raras que sean en el hombre, deben ser tenidas como sospechosas, y son un motivo más para no usar crudas las carnes de mamíferos y aves.

11. Las *Gregarinas* carecen hoy de interés para nosotros.

12. Las *Coccídeas* no parecen determinar padecimientos; en todo caso son raros y sin carácter especial en el hombre.

Si las afirmaciones de Guarnieri se confirman, conoceríamos el parásito de la viruela. Esto no cambiaría hoy en nada su profilaxis; vacuna, aislamiento, desinfección.

Si bien no está demostrada la acción etiológica de las coccídeas en el epitelioma y otras lesiones análogas, dada la extremada gravedad de estas neoplasias, en la duda de si puede haber contagio, se debe emplear la desinfección.

13. El hematozoario palúdico está incompletamente estudiado desde los puntos de vista zoológico y patógeno. Dejando de lado las dudas que suscita, la higiene clásica del paludismo no ha cambiado en lo fundamental, antes bien ha sido confirmada. Sólo dos factores nuevos intervienen, la inoculación y el contagio, hechos que inducen á intervenir mediante la desinfección aplicada al enfermo y á sus productos.

14. De los *infusorios* casi sólo puede decirse que son comensales por modo accidental y en medio generalmente morbosos.

*
**

Las aguas minero-medicinales como bebidas higiénicas, por el Dr. Rodríguez Pinilla.

CONCLUSIONES.

1.^a Las aguas gaseosas naturales ó las gaseadas artificialmente,

que se emplean ordinariamente como bebidas de mesa, *no son bebidas higiénicas*. No lo son tampoco las bicarbonatadas sódicas, cálcicas ó mixtas.

2.^a El concepto de bebidas higiénicas con que se considera estas aguas para que el Fisco no grave con derechos exorbitantes su consumo, no debe ser amparado por la Ciencia.

3.^a Es conveniente difundir la idea (como verdad científica que es) de que el uso de las aguas minerales llamadas de mesa ó las artificiales, es propio del consejo facultativo y tiene sus contraindicaciones, más generales de lo que el vulgo piensa.

* * *

La longevidad extrema en España, por el Dr. Oloriz Aguilera.

CONCLUSIONES.

1.^o La longevidad extrema hasta más de 100 años es en España relativamente más común en las mujeres que en los hombres, en los célibes que en los casados y viudos, y en los analfabetos que en los instruídos.

2.^o España es más fecunda en centenarios que la mayoría de las naciones europeas, y el número de los registrados en sus censos ha aumentado en el último siglo más de lo correspondiente al incremento de la población española.

3.^o La distribución geográfica del centenarismo en España, es muy desigual, dominando aquél en Andalucía y Galicia y no guardando relación fija con la proporción de sexagenarios en las diversas regiones.

4.^o Aunque los datos estadísticos, por ser colectivos é incompletos, no permiten señalar con certeza las relaciones de la longevidad extrema con el clima, cabe conjeturar que el marítimo, con escasas variaciones de temperatura, es más favorable al centenarismo que los climas continentales y variables.

* * *

Primer Congreso Hispano-Portugués de cirugía

Apendicitis, por el Dr. D. Eulogio Cervera.

CONCLUSIONES.

1.^a El apéndice vermicular adopta infinitas variedades por su longitud y situación. Tan pronto es muy largo como exclusivamente corto, ya se dirige abajo y adentro, ya arriba y afuera por el lado derecho del colon, ó, á la inversa ó completamente detrás, ya en dirección del ombligo. Estos datos anatómicos son utilísimos y sirven para explicarse ciertas formas de apendicitis y diagnosticar su asiento, porque de otra suerte se hace incierta la elección del procedimiento quirúrgico.

2.^a El estudio histológico del apéndice es también interesante, pues su constitución folicular y adenoidea explicará mejor la evolución y formas anatómicas de la apendicitis. Esta reviste caracteres de agudeza ó de cronicidad.

3.^a El apéndice está libre, aunque engrosado al principio, adquiriendo más tarde adherencias intestinales, parietales, rectales, vesicales, uterinas y salpingianas, indicando la participación tomada por el peritoneo.

4.^a Desde que en 1827 Mélier observó la apendicitis, hasta 1880 en que la estudiaron los americanos primero, después los ingleses y alemanes, y más tarde los franceses, la tiflitis y peritiflitis no cedieron el paso á la apendicitis. Hoy están conformes todos en que las primeras son excepcionales.

5.^a Llegando la apendicitis al período exudativo y de adherencias, puede retroceder en su evolución, desaparecer los exudados ó quedar restos de ellos que serán los estigmas amenazadores para nuevos ataques, y, por último, si no retrocede, presentarse el período ulcerativo ó gangrenoso con todas sus consecuencias. La ulceración ó gangrena, que comienza en los folículos cerrados, puede conducir á la perforación de las paredes del apéndice y producir el absceso peri-apendicular si se formaron adherencias previas, ó la peritonitis generalizada, supurada ó séptica, si no existían aquéllas. Estas últimas formas son excepcionales afortunadamente. Si la perforación no se efectúa, aún podemos observar la supuración por el transporte de los agentes infecciosos más allá del apéndice, por vía linfática, constituyéndose el absceso peri-apendicular, ya del tejido celular de la fosa ilíaca, ya del flegmón adenítico de los ganglios del nuevo apéndice. También se desarrolla peritonitis generalizada sin perforación, simplemente por transporte de los agentes de infección á través de las paredes del apéndice ó las de un absceso á la cavidad peritoneal. La cavidad del apéndice contiene una cantidad mayor ó menor de exudado, ya purulento, estercoráceo, mucopurulento, sero-sanguíneo y cálculos ó cuerpos extraños.

6.^a Los abscesos, por su topografía, toman diferentes nombres: *a)* ileo-inguinal; *b)* umbilical; *c)* posterior, retro-cecal ó perinefrítico; *d)* prerectal ó pelviano; *e)* meso-celiaco. Además, hay dos variedades excepcionales; una, en la que el absceso está situado al lado izquierdo, lo que sucede cuando el apéndice es muy largo y atraviesa la pelvis, situándose su extremidad en la fosa ilíaca izquierda; y otra, en que el pus se encuentra en un saco herniario, generalmente inguinal, por haberse desarrollado la apendicitis en un apéndice herniado. He observado un caso de esta última variedad.

7.^a La disposición anatómica del apéndice á que nos referimos en la primera conclusión, explica la diferente topografía de los abscesos por apendicitis aguda. Como la generalidad de los cirujanos, he tenido ocasión de observarlos en la ingle, fondo de la pelvis, retro-antero é intra-cecales, en la cara cóncava del hígado y umbilicales.

8.^a De la evolución de las lesiones, se desprende que la apendicitis aguda puede ser: primero, simple ó catarral; segundo, con peri-apendicitis plástica; tercero, con peri-apendicitis supurada más ó menos circunscrita; y cuarto, con peritonitis generalizada.

9.^a El segundo grupo en que he dividido las apendicitis observadas, es el correspondiente á las crónicas, de las que se reconocen histológicamente tres variedades, caracterizadas: primero, por la hipertrofia de las glándulas de Lieberkühn y folículos linfáticos; segundo, por la hiperplasia de éstos; tercero, por la atrofia y esclerosis de las diferentes capas del apéndice, principalmente de la mucosa.

10. Las apendicitis reconocen como causa prima acciones bacterianas, y que yo entiendo no deben atribuirse su desarrollo á una bacteria única, sino á la asociación de varias, porque se ha comprobado experimentalmente la intervención del coli-bacillus, el estreptococcus, estafilococcus, pneumococcus, etc., siendo la asociación más frecuente la de los dos primeros.

11. Los análisis bacteriológicos han demostrado que existen también otras dos variedades de apendicitis: la tuberculosa y la actinomicósica. He visto tan sólo tres casos de la primera variedad y ninguno de la segunda. En uno de aquéllos diagnosticué un cáncer del ciego, pero la autopsia y el microscopio demostraron el error: se trataba de una apendicitis tuberculo-ulcerosa, que había invadido el cœcum. Su efecto es una forma que se confunde clínicamente con el cáncer, y que Hector la bautizó con el nombre de *tuberculosa de forma de cáncer*.

12. Por las apendicitis observadas por mí, deduzco que la edad más apropiada para padecerla es la de 20 á 45 años, siendo más frecuentes en el hombre que en la mujer.

13. El estreñimiento, trastornos digestivos crónicos y la indigestión antero colitis anterior al ataque, son causas á las que han atribuído muchos de mis enfermos su padecimiento. Sin duda alguna lo son predisponentes. Debo colocar también entre éstas, las enfermedades generales infecciosas, ataque anterior, traumatismo, y, en fin, todas aquellas que, determinando congestiones en la mucosa del apéndice, despiertan y favorecen la vitalidad y virulencia de los microbios contenidos en éste.

14. La influencia de las enfermedades infecciosas, la he comprobado en dos casos de apendicitis en el curso de una fiebre tifoidea, provocadas por úlcera tífica apendicular, que perforó el apéndice. De estas dos apendicitis tíficas (las dos en mujeres), la perforación produjo una vez la peritonitis generalizada, de la que murió la enferma sin operar, y otra una peritonitis circunscrita con absceso peri-apendicular; fué operada y curó. Por cierto que la fiebre tifoidea continuó su curso (muy lento) durante cinco semanas después de cicatrizada la herida de la operación. Consigno este caso para llamar la atención de mis ilustrados compañeros de la Sección médica, y animarles á que llamen al cirujano en casos semejantes, pues

si bien es muy grave la intervención, sin ella es casi segura la muerte por más de un concepto.

15. Si los abscesos se abren espontáneamente, dejan tras de sí trayectos fistulosos, cuya situación depende de la de aquéllos, y suelen confundir al clínico más apto, que puede interpretarlos como manifestación de enfermedades muy distintas, pero principalmente de afecciones óseas, supuraciones salpinginianas ó consecutivas á flegmones, mucho más si van acompañadas de la expulsión de cálculos. He tenido ocasión de tratar dos casos. Los apéndices, que eran muy largos, se adhirieron al ombligo, y al abrirse espontáneamente dejaron trayectos fistulosos, que pude apreciar en las márgenes de la cicatriz umbilical, y de los que extraje dos cálculos terrosos en uno de los casos, y en el otro un hueso de cereza. Cuando ví por primera vez estos enfermos, hacía más de un año que eran portadores de estas fístulas tan persistentes, de las que curaron después de operados.

16. Es completa mi conformidad con Réclus y Legneu, pues por la etiología observada por mí, dividiría como ellos las apendicitis en: primero, por causa local; segundo, por causa general, y tercero, consecutivas á una afección de las vías digestivas.

17. ¿Cómo y por qué se desarrolla una apendicitis? Tres son las principales teorías que se han propuesto para contestar á esta pregunta: Primera. La que atribuye las apendicitis á un cuerpo extraño (Talamon.) Segunda. La de Dieulafoy, que estima indispensable y suficiente la oclusión de la cavidad del apendicular. Tercera. La de la infección simple de éste. Mi juicio es que ésta es la primera condición, y que todas las demás son causas ayudantes, pero que sin ellas puede desarrollarse la apendicitis. Así se explicarán perfectamente las locales y las que obedecen á una causa general, como las llamadas latentes, porque los fenómenos clínicos no principian hasta que la infección invade el peritoneo. Las latentes no podrían explicarse por la presencia del cuerpo extraño ni la oclusión, porque está completamente comprobado que ni aquél ni ésta son constantes.

18. Las manifestaciones clínicas de la apendicitis son locales ó generales. El dolor, tumefacción y pastosidad, fluctuación, submáctez ó sonoridad á la percusión, hé aquí los síntomas locales. Los generales, vómitos, timpanización general, astringencia ó diarrea, lengua blanca y seca, fiebre, que casi nunca rebasa los 39°, pulso más ó menos frecuente, peritonismo. Una y otros, combinados de distintas maneras, con intensidad y duración distintas, con mayor ó menor persistencia, guardando ó no concordancia, dan origen á las infinitas variedades clínicas que yo he tenido ocasión de observar.

19. El edema más ó menos acentuado, la discordancia entre el pulso y la temperatura, y la constitución de la submáctez por la sonoridad, han sido, en medio de la obscuridad de algunos casos, factores utilísimos, brillantísimas estrellas que me han guiado en

el diagnóstico de la supuración, y decidido mi conducta, ya para intervenir, abstenerse ó permanecer en expectación.

20. La punción exploradora nunca la he practicado para resolver el diagnóstico. Siempre lo miré con gran respeto, y la proscribo por lo peligrosa.

21. La sintomatología de la apendicitis crónica ó de repetición es muy limitada; dolores en la fosa ilíaca correspondiente, continuos é intermitentes, y de poca intensidad. Ningún factor general, si se agudiza, presenta los mismos síntomas que la aguda, y puede adoptar cualquiera de sus formas.

22. He visto siete casos de apendicitis de recaída. En ninguno se aceptó la intervención, no obstante que había repetido dos veces en el que menos. Sé de dos de éstos que murieron de peritonitis generalizada en el curso de un ataque de agudización.

23. Las apendicitis agudas suelen presentar complicaciones, especialmente las supuraciones á distancia: abscesos, pleuresías, ya por efracción, ya á distancia, y lesiones pulmonares, consecutivas á aquéllas ó independientes de ellas, y abscesos hepáticos. Y no cito más, porque sólo me refiero á lo observado por mí. Estas supuraciones son afortunadamente poco frecuentes.

24. El pronóstico depende de la variedad y forma de la apendicitis. De todos modos, siendo una afección que se sabe cómo empieza, pero no cómo termina, nada debe afirmarse respecto al porvenir de los enfermos que la padecen.

25. Dos clases de tratamiento he empleado: el médico y el quirúrgico.

26. Los medios médicos empleados son: quietud en decúbito supino, dieta absoluta, aplicaciones locales de hielo, opio é ictiol.

27. Estos medios los he prescrito en las apendicitis plásticas. Debo hacer mención especial del uso del ictiol por los brillantes efectos observados con él por su uso; resuelve admirablemente las peri-apendicitis plásticas. No debe prescribirse sino cuando ha desaparecido la fiebre.

28. Todas las apendicitis supuradas y las complicadas de peritonitis generalizada, salvo las sépticas, debe emplearse el tratamiento quirúrgico, que es el único que conduce á puerto de salvación á los enfermos, si bien consignando que la intervención en las segundas es infinitamente más grave que en las primeras; pero también es cierto, por otro lado, que la terminación es siempre fatal en aquéllas, cuando no se operan.

29. La laparotomía será media, más ó menos lateralizada ó alta, según la situación del absceso, y teniendo muy presente la región más defendida por las adherencias peritoneales, porque respetándolas se evitará el derrame de los productos sépticos en la cavidad peritoneal.

30. La conducta que debe observarse con el apéndice está sujeta á las mayores ó menos dificultades que se observen para extirparlo. En tesis general, debe respetarse, siempre que haya

riesgo de penetrar en la gran cavidad peritoneal, como sucede en la mayor parte de los casos de peri-apendicitis supurada. La resección podrá hacerse muy á menudo en las apendicitis de repetición, por ser menores aquellos riesgos, dado que el apéndice es generalmente más liberable.

31. Se procederá á la resección apendicular en las apendicitis con peritonitis general por perforación, siempre que se pueda efectuar rápidamente; de otra manera no debe practicarse, porque en las infecciones peritoneales conviene terminar con rapidez todo acto quirúrgico. Nos limitaremos al lavado con agua salada y después con la oxigenada, dejando un desagüe de Mickulicz. Esta intervención no es de lucimiento ni de grandes resultados. Estos son mejores en la peritonitis generalizada, pero sin rotura ó perforación del apéndice.

32. La incisión más conveniente para resecar el apéndice es la de Max Schüller, modificada por Jalaguier, ó sea la que se practica paralela al borde externo del músculo recto anterior del abdomen, pasa por la parte media del espacio que separa el ombligo de la espina ilíaca anterior y superior, y queda el tercio superior por encima y los dos inferiores por debajo de la línea ileo-umbilical. Sin embargo, alguna vez, por especiales condiciones del caso, puede convenir la incisión de Roux ó la de Mac Burney.

33. ¿Cuándo debe intervenir y cuándo insistir en el tratamiento médico? Las indicaciones del tratamiento médico ó quirúrgico surgen del diagnóstico. Si se diagnostica la presencia del pus, no debe diferirse un momento la intervención; mucho menos debe retardarse si se presenta la peritonitis generalizada. En los casos de duda, se intervendrá, si se aprecian exudados que indiquen el aislamiento del proceso de la cavidad peritoneal.

34. En las peritonitis crónicas de recaída, la operación es obligada y debe proponerse al tercer ataque. Esperar más es exponer siempre el porvenir de los enfermos.

*
*
*

Sobre las mezclas anestésicas en Cirugía, por el Dr. Martínez Suárez.

CONCLUSIONES.

- 1.^a La anestesia por la mezcla inglesa (cloroformo, alcohol y éter) no produce vómitos post-operatorios, sino muy rara vez.
- 2.^a Carece del período de excitación, ó es muy ligero.
- 3.^a La duración media hasta el período quirúrgico es de cinco minutos.
- 4.^a No colapsa.
- 5.^a Tampoco produce parálisis vaso-motoras ni musculares.
- 6.^a Nada de saliorrea ni bronquitis, como el éter, aunque se dé caliente.
- 7.^a La respiración estertorosa algunas veces, y hay cianosis ligera durante las primeras inhalaciones.

8.^a El pulso se mantiene lleno, duro y regular, indicando energía cardíaca, aunque el operado se halle en malas condiciones de resistencia.

9.^a La temperatura suele descender un grado por debajo de la normal, pero no produce la sensación de frío tan intensa, peculiar del éter ó del cloroformo cuando se administran solos.

10. No deja perturbaciones psíquicas transitorias.

11. No produce ningún fenómeno bulbar.

12. Debe emplearse en todos los casos graves de anestesia.

REVISTA EXTRANJERA

Infección séptica de las heridas por arma de fuego.—Desde el punto de vista del tratamiento, las heridas de bala pueden dividirse en tres clases: primera, las que no contienen gérmenes infectivos; segunda, las que contienen gérmenes en corta cantidad y de muy escasa virulencia; y tercera, las que contienen gérmenes numerosos y de activo poder patogénico. La mayor parte de las veces, dichas heridas pertenecen á la segunda clase; pero como el cirujano no puede determinarlo con exactitud, y es necesario prevenir las infecciones secundarias, se hace preciso siempre proceder á desinfectar estas heridas. Sin embargo, la antisepsia, en casos de herida de fusil, infectada por microorganismos muy virulentos, no debe ofrecer una extremada confianza. Así lo demuestran los experimentos hechos sobre conejos, cuyas heridas han sido infectadas por el estafilococcus aureus y el estreptococcus capulatus, cuyos animales mueren á despecho de la desinfección hecha con el ácido fénico, la tintura de yodo y hasta el cauterio actual.

Tavel ha publicado los resultados de algunos experimentos realizados por Muller en el Instituto bacteriológico de Berna, con el objeto de conocer cómo puede ser originada la infección en las heridas producidas por fusiles de todas clases, y hasta qué punto los microorganismos infectivos acarreados por los proyectiles pueden ser destruídos en el momento del disparo por el calor desarrollado con motivo de la gran velocidad y rozamiento de la bala, ó al atravesar los vestidos, esterilizados ó no anteriormente. El microbio de que hizo uso Muller para sus experiencias fué el estreptococcus de Marmorek, que es extremadamente virulento, y el cual fué aplicado unas veces á la superficie del proyectil, otras al interior del cañón y otras á los vestidos que cubrían el sitio de la herida. En todos los experimentos hechos sobre conejos tuvo lugar una infección fatal, y dedujo las conclusiones siguientes: primera, que los heridos por arma de fuego pueden ser infectados por gérmenes patogénicos

transmitidos por el proyectil mismo, por el cañón del arma ó por los vestidos perforados; segunda, que semejante infección no es prevenida ni influenciada por la gran velocidad inicial ni el calor desarrollado en el proyectil; y tercera, que después de establecida la infección, pueden muy poco para detenerla la aplicación de los antisépticos ordinarios, el drenaje y hasta la cauterización del trayecto de la herida, porque á poco de realizada la lesión, los microbios infectivos se extienden de un modo fatal á los tejidos inmediatos.

Otro documento conocemos sobre este mismo asunto que ha sido publicado por Koller. Este experimentador conviene en que ni el excesivo calor desarrollado en el cañón del arma en el momento del disparo, ni la gran velocidad del proyectil, pueden destruir los gérmenes patógenos, ni aun siquiera atenuar su virulencia.

Con respecto á la falta de éxito de la antisepsia en el tratamiento de estas heridas infectadas, Koller apunta una diferencia cardinal entre las heridas por arma de fuego y las ocasionadas por arma blanca; que consiste en que las primeras, por motivo de la mortificación molecular que ocasionan en los tejidos, están más expuestas á la propagación de los microbios y á la infección profunda consiguiente que las segundas.

Karlinski, en un escrito sobre la infección de las heridas de fusil por pedazos de vestido introducidos en ellas, dice lo siguiente: Si una herida es producida experimentalmente por un proyectil previamente esterilizado, y al que se le hace atravesar un vestido sucio ó infectado, sobreviene en ella la infección de una manera invariable. Una vez sobrevenida ésta, es difícil detenerla por el uso de las inyecciones antisépticas, ni aun por la cauterización, á consecuencia de la formación de pequeños abscesos alrededor del trayecto de la herida, y subsiguientemente por la infección general.

La formación de esos pequeños abscesos alrededor del trayecto los atribuye Karlinski á la introducción forzada de partículas de vestidos sucios en los tejidos inmediatos, las cuales partículas son llevadas más allá del sitio donde pueden ejercer su influencia los agentes desinfectantes usados de ordinario en el tratamiento de las heridas.

(British Médical Journal, 21 de Mayo de 1898.)

*
**

Reductibilidad de las luxaciones inveteradas del hombro, por M. Finckh.—Una cuestión importante consiste en saber hasta qué época—á partir del momento en que se ha producido el accidente—las luxaciones del hombro son susceptibles de una reducción no sangrienta. El autor ha procurado resolverla, y al efecto ha utilizado el material abundantísimo de la clínica quirúrgica del señor Bruns, en de Tubinga, el cual comprende 100 casos de luxaciones inveteradas de la articulación escapulo-humeral y 123 casos de luxaciones recientes. La reducción no sangrienta fué ensayada

sobre 73 de los 100 primeros enfermos, mientras que se dejó de recurrir á ella en los otros casos, ora en razón á la antigüedad de la dislocación articular, ora á causa de diversas complicaciones. En seis enfermos tratábase de una luxación habitual, y en varios casos de luxación no reducida las funciones del brazo se habían restablecido de tal modo, que se pudo renunciar á toda intervención terapéutica. Entre los 73 casos antes mencionados, la reducción pudo ser obtenida 48 veces con ayuda de un método no sangriento, mientras que estas mismas tentativas fracasaron en los otros 25 enfermos. En la mayor parte de los casos en que la reducción fué posible, el tiempo transcurrido desde que se había producido la luxación no era más que de dos á cuatro semanas, y dos veces únicamente una luxación de esta duración resultó irreductible. En uno de estos enfermos había fractura simultánea de la parte glenoide del homóplato; en el otro, una fractura del húmero, debida á una fragilidad anormal de este hueso, impidió la reducción. Entre las luxaciones más antiguas había una que databa de tres meses y otra de tres meses y medio—en estos dos casos las tentativas de reducción fueron coronadas de éxito—pero ninguna excedía de este último límite.

De estos hechos el autor infiere que el pronóstico de las luxaciones del hombro es excelente durante las cuatro primeras semanas que siguen al accidente, con tal que no se produzcan complicaciones. Las probabilidades son aún bastante favorables hasta la novena semana, mientras que puede considerarse como un hecho excepcional la reducción no sangrienta después de transcurrido este lapso de tiempo.

Cuanto á los métodos seguidos en la clínica de Tubinga para la reducción de estas luxaciones inveteradas del hombro, el autor menciona sobre todo los procedimientos de Schinzinger y de Kocher, luego el de Bruns, que consiste en una combinación de la abducción, de la tracción y de la presión directa sobre la cabeza del húmero.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

*
**

Sifilis del riñón, por Green.—Las afecciones sifilíticas del riñón las divide este autor del modo siguiente: primera, nefritis parenquimatosa; segunda, nefritis intersticial; tercera, gomas; cuarta, degeneración amilóidea. La nefritis parenquimatosa aparece en los primeros períodos de la sifilis. La nefritis intersticial aparece más bien tarde, y es observada algunas veces en los niños atacados de sifilis congénita. En esta forma de nefritis la afección comienza por una endoarteritis y una periarteritis, no pudiendo ser diagnosticada sino por la historia del enfermo y el resultado del tratamiento específico. Los gomas típicos del riñón son raros y se asocian generalmente con la nefritis intersticial. La degeneración amilóidea ha sido

observada por Wagner en 35, de 63 riñones sífilíticos, afectando de ordinario un riñón sólo. El autor refiere un caso de riñón sífilítico que simulaba un cálculo renal y en el que se intentó llevar á cabo la nefrectomía. Las uncciones mercuriales hicieron desaparecer, en el transcurso de tres semanas, la hematuria y demás síntomas renales.

(*Amer. Journ. of Cut and Genito- Urinary Diseases,*
January 1898.)

*
* *

Osteosarcoma del pulmón revelado por los rayos X.—El Doctor Leo refiere un caso de un tumor del pulmón, revelado por los rayos Röntgen. Un niño de 10 años sufrió la amputación de una pierna á consecuencia de un sarcoma. Pasadas seis ó siete semanas fué atacado de tos seca, y diez y seis días más tarde de un dolor en el lado izquierdo de la espalda. Seis semanas después experimentó un ataque alarmante de disnea. Examinado el pecho se observó una zona de matidez hacia el ángulo de la escápula izquierda, otra más pequeña de submatidez por debajo de la clavícula derecha, y respiración bronquial en los sitios impermeables al aire.

El paciente murió en uno de los ataques de disnea. El diagnóstico, tenidos en cuenta los antecedentes, se hizo con ayuda de los rayos X. Estos rayos revelaron la presencia en los pulmones de dos tumores que la autopsia comprobó, y que eran de naturaleza osteosarcomatosa.

(*Berl. Klin. Woch, 18 de Abril de 1898.*)

*
* *

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCOU.

200 operaciones radicales de hernias abdominales.—*MM. Corvin y Vicol* (de Jassy): Sobre 200 casos de operación de cura radical de hernias, practicada sobre 190 individuos y comprendiendo 198 hernias inguinales, una hernia crural y una hernia umbilical, no hemos registrado ni un solo caso de muerte.

Por lo que respecta á la hernia inguinal, en la mayor parte de los casos hemos empleado el procedimiento de Lucas-Championnière.

Desde el punto de vista de los resultados inmediatos, hemos tenido 176 curaciones por primera intención, tres casos de supuración profunda y 21 casos de supuración muy superficial, de los cuales nueve son debidos á la eliminación inmediata y parcial de la seda empleada para suturar la pared anterior del canal.

A veces la seda ha sido eliminada tardíamente (uno á dos meses y hasta siete meses después de la intervención en cuatro operados.)

La proporción de los casos de eliminación de la seda ha sido de

13 sobre 119 operados, para los cuales se había empleado esta materia, mientras que las otras suturas fueron hechas con catgut.

Desde el punto de vista de los resultados distantes, se cuentan 12 recidivas comprobadas.

Añadamos, para terminar, que en 188 operaciones no hemos empleado más que la cocaína, según el método de Reclus, habiéndonos dado siempre muy buen resultado. Sólo raras veces hemos observado que se produjeran accidentes de cocainismo, consistentes únicamente en una ligera náusea que desaparecía prontamente. En cambio, las ventajas que procura este método anestésico en la operación radical de la hernia son considerables.

*
*
*

Del entubamiento.—*M. Bókai* (de Budapest): La cuestión de las estenosis laríngeas consecutivas al entubamiento ó á inflamaciones diversas del conducto laríngeo ha dado lugar á diferentes interpretaciones. Ciertos autores prefieren traqueotomizar, y si la estenosis cicatricial es considerable, hacer la laringo-fisura.

Por mi parte, yo he tratado varios casos, de los cuales unos eran debidos á inflamaciones crónicas de la laringe con estrecheces, mientras que los otros eran consecutivos á operaciones hechas en la glotis ó en la subglotis, y en ellos he empleado exclusivamente el entubamiento, sirviéndome del aparato de O'Dwyer.

Todos los enfermitos han mejorado ó han curado; uno de ellos ha debido ser entubado diferentes veces en el transcurso de cerca de un año.

Estos hechos pueden compararse con los que han sido publicados por Galatti (de Viena) y recientemente por el mismo O'Dwyer; con paciencia se puede llegar á evitar á esos niños una traqueotomía, siendo el entubamiento prolongado el tratamiento de preferencia de las estenosis agudas ó crónicas.

M. Heubner (de Berlín): No participo yo de la opinión del señor Bókai en lo que concierne al tratamiento de las estenosis ó de las ulceraciones laríngeas por medio del entubamiento. La traqueotomía me parece más racional, dado que las introducciones de tubos por tanto tiempo prolongadas no pueden menos que agravar las ulceraciones; además, en tales casos, los tubos son expulsados con grandísima facilidad, lo cual expone á graves peligros de asfixia y puede hacer necesaria una traqueotomía *in extremis*.

M. Boulay (de París): Yo he tenido la ocasión de tratar dos casos de estenosis cicatricial consecutiva al entubamiento.

En el primer hecho se trata de una niña de cuatro años y medio, en quien he visto cómo la estenosis se producía ante mis ojos. Entubada siete veces y habiendo expulsado varias veces su tubo, siendo además dudosa la diferencia, hasta en el examen bacteriológico, fui llamado para ver á la enfermita y observé al laringoscopia la existencia de una enorme tumefacción subglótica.

Diez y ocho días después del primer entubamiento, fué traqueotomizada, y desde entonces fué imposible retirar la cánula.

Siete meses más tarde empecé yo á tratarla: empecé introduciendo una fina bujía y luego procedí á la introducción de sondas metálicas graduadas.

Al cabo de un año pude pasar una cánula de Schrötter de ocho milímetros. Ensayé entonces el retirar la cánula traqueal. Al cabo de tres días, quise rehacer un cateterismo, produciéndose entonces un acceso de sofocación que hizo necesaria una traqueotomía secundaria inmediata. Esa niña se halla todavía en tratamiento y espero que curará.

El segundo caso se refiere á un niño del hospital Trousseau, que fué entubado once veces y volvió á arrojar cotidianamente su tubo. Traqueotomizado al duodécimo día, no pudo ya prescindir de sus cánulas. Le ví un año después y existía una estrechez completa de la región subglótica.

El Sr. Broca practicó la laringo-fisura en Abril; desde entonces vengo cateterizando á ese niño, pero creo que el pronóstico debe ser más bien desfavorable.

Creo, con todo, que no hay que culpar en ese caso al entubamiento; existen otros hechos de estenosis consecutivas á laringitis agudas, las cuales son frecuentes en la infancia; la localización de estas lesiones se explica por la presión más fuerte del tubo en ese punto.

Hay dos especies de estrecheces subglóticas: las unas, que suceden á ulceraciones producidas por la presión del tubo, son rebeldes al tratamiento; las otras resultan de la infiltración de la mucosa, la cual pasa al estado crónico; pueden producirse después de la traqueotomía y curar entonces por medio del entubamiento.

M. Sevestre (de París): En general, las consecuencias del entubamiento son muy simples; pero á veces cuesta algún trabajo obtener el destubamiento definitivo. Yo creo que estos casos son principalmente frecuentes después de los crups complicados con infecciones bronco-pulmonares, causadas á su vez por asociaciones microbicas.

M. Bayeux (de París): Los hechos referidos por el Sr. Bókai tienen una gran importancia, no solamente desde el punto de vista de la doctrina del entubamiento en general, dado que los casos de estenosis después de esta operación son muy raros, sino también desde el punto de vista de la anatomía patológica de la expulsión espontánea de los tubos, de la graduación misma de los tubos laríngeos y, por último, de las consideraciones que pueden sacarse de esos casos por lo que hace á su mismo tratamiento.

Todos los observadores están contestes en admitir que la mayor parte de las estenosis más ó menos graves consecutivas al entubamiento por causa de difteria, ó hasta por laringitis agudas graves, sobrevienen en niños que han expulsado con bastante rapidez y frecuentemente sus tubos en el curso del entubamiento.

Tal era el caso en dos hechos, mencionados el uno por Massei, el otro por Galatti; esto mismo había ocurrido en el primero y en el segundo casos referidos por Boulay.

Conozco perfectamente ese segundo caso, puesto que fui yo quien entubó al niño varias veces y quien le ha traqueotomizado; en 1896 referí los detalles de su observación y cada día he ido observando la imposibilidad progresiva del entubamiento secundario.

Con todo, yo creo que cabe hacer una distinción capital en la topografía de esas estrecheces: las unas, como en ciertos casos citados por el Sr. Bókai, radican debajo de la glotis, cerca del ángulo de las cuerdas vocales inferiores; las otras—*y éstas son las más graves*—se hallan situadas más abajo, á nivel de la porción cartilaginosa, cricoidiana de la subglotis.

Estimo que yo he sido el primero en demostrar que este punto es la porción más estrecha de la laringe. Esta angostura y esta inextensibilidad nos muestran que las expulsiones múltiples de los tubos son sintomáticas de ulceraciones más ó menos negrosantes del *anillo cricoidiano*.

Ese anillo debe servir de norma para calibrar los tubos y para escogerlos según la edad.

Yo entiendo que los entubamientos repetidos durante varios meses, que la traqueotomía simple, son insuficientes; puesto que el anillo cricoidiano está lesionado, puesto que él ofrece un obstáculo á los cateterismos, creo que es ventajoso seccionarlo y practicar la *crico-traqueotomía* de golpe.

He tratado por este método dos casos y he obtenido dos éxitos rápidos. Propongo, pues, la crico-traqueotomía como método de transición entre los entubamientos primitivos y los cateterismos secundarios para obtener una dilatación definitiva de la laringe.

V A R I E D A D E S

Con un atento B. L. M. del Sr. Director del Laboratorio central de medicamentos de Sanidad militar, hemos tenido el gusto de recibir dos ejemplares lujosamente encuadernados de la *Memoria histórico-descriptiva* de dicho centro, la cual está concienzudamente escrita por dicho Director Inspector farmacéutico Excmo. Sr. D. Ignacio Vives, en unión del Teniente Coronel de Ingenieros D. Manuel Cano y del Farmacéutico primero D. José Úbeda.

Con las precedentes indicaciones, huelga toda otra manifestación de

alabanza tratándose del Laboratorio central y de los autores de la Memoria histórico-descriptiva que motiva las presentes líneas.

Son tan interesantes los datos expuestos en la *Memoria* citada, y sobre todo, son tan minuciosos, que para dar cuenta de ellos precisaría transcribir íntegro el trabajo; y aunque más adelante y después que hayamos hecho su estudio, trataremos de él en detalle en la sección correspondiente, no podemos en este momento resistir al deseo de publicar algunos datos respecto al envío de medicamentos á Ultramar.

En 1884 se remitieron por primera vez del Laboratorio central á Filipinas 25 kilogramos de sulfato de quinina, cuyo importe ascendió á 5.830 pesetas, con inclusión del coste de embalajes, transporte, etc., hasta el puerto de embarque. Esos 25 kilogramos habrían costado, de seguir haciendo la adquisición por contrata, como antes de esta fecha, 21.250 pesetas, ó sea 15.420 pesetas más.

Hasta la fecha se han remitido á Puerto Rico medicamentos por valor de 177.617'78 pesetas, y de utensilio por importe de 8.474'58 pesetas, resultando para el Tesoro una economía de 106.164'84 pesetas.

A la Isla de Cuba se han remitido durante los tres años y cuatro meses que hace empezó el envío de medicinas y utensilio por el Laboratorio, 918.915 kilogramos de medicamentos, cuyo coste ha sido de 3.059.456'02 pesetas, cantidad de medicamentos que comprada en la Habana hubiera costado 8.826.258'04 pesetas, y, por lo tanto, el Tesoro de Cuba ha sido beneficiado con 5.766.792'02 pesetas.

De datos tan elocuentes como éstos, dedúcese los grandes beneficios que reporta al Estado el Laboratorio de Medicamentos.

Reciban los Sres. Vives, Cano y Úbeda nuestra más sincera enhorabuena por su detallada y bien escrita *Memoria*.

* *

La comisión organizadora del segundo Congreso español de Otorinolaringología, en sesión del 19 de Enero, acordó proponer para la discusión los siguientes temas:

I. ¿Qué puede esperarse de la electroterapia en las afecciones labe-rínticas?

II. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones cerebrales de origen otítico.

III. Diagnóstico y tratamiento del cáncer laríngeo incipiente.

IV. Resultados del tratamiento quirúrgico en la tuberculosis laríngea.

V. ¿Existen las faringitis diatésicas?

VI. Tratamiento de las sinusitis frontales.