

MEMORANDUM DE OTOLOGÍA (1)

III

Examen físico del oído.

Poder auditivo.—Si se tiene un reloj ordinario lejos y enfrente del oído y poco á poco se le vá acercando hasta que se perciba el tic tac, la medida de esa distancia será el numerador de una fracción que expresará el poder auditivo, si se le hace tener por denominador la mayor distancia á que dicho reloj es percibido por el oído normal; así, si un paciente oye el reloj únicamente á cinco centímetros, debiendo oirlo á 60, su audición será $\frac{5}{60}$ de la normal; debe siempre practicarse el examen de los dos oídos, en razón á ser muy rara la sordera unilateral.

En seguida es preciso averiguar el poder auditivo para la conversación; con este objeto hay que colocarse detrás del paciente, para hallar así la mayor distancia á que puede oír la conversación en tono ordinario ó en voz alta; algunas veces sucede que mientras apenas percibe el reloj á las menores distancias, oye, por el contrario, la conversación á seis metros, dando, por consiguiente, la voz en este caso el mejor resultado práctico del actual poder auditivo.

Diapasón.—Se usa este instrumento para determinar si existe alguna lesión del nervio auditivo; para ésto se le hace entrar en vibración, y entonces se coloca su mango sobre la línea media de la cabeza del paciente; si la enfermedad existe sólo en el oído externo ó medio, el sonido del diapasón se oirá mejor en el oído más afectado; si se limitase la enfermedad al oído interno, el diapasón se oirá mejor en el oído menos afectado. Estos hechos pueden explicarse considerando que la misma obstrucción ocasionada por la enfermedad en el aparato conductor del sonido, que impide á las vibraciones llegar al laberinto desde el aire exterior, impedirá,

(1) Véanse los núms. 260, 262 y 264.

también, á los que lleguen á este mismo laberinto mediante los huesos del cráneo, salir por el oído medio ó externo, y así aumentarán de intensidad.

Debe examinarse siempre la condición de la mucosa faríngea y nasal; á este fin pueden prestar gran servicio la laringoscopia y rinoscopia.

Para examinar el conducto auditivo externo y la membrana del tímpano, se hace uso de luz natural ó artificial reflejada por un espejo cóncavo de 10 á 12 centímetros de distancia focal, perforado en el centro, y de un especulum auri; la extremidad de este instrumento se inserta como medio centímetro dentro del meato, se tiene entre el dedo índice y pulgar, mientras el borde superior de la oreja se toma entre los dedos medio y anular de la misma mano para dirigirla arriba y atrás, á fin de enderezar el conducto y poder ver así el fondo del mismo; la presencia del cerumen obstruye con bastante frecuencia la vista de las partes profundas del conducto, pero puede con facilidad ser extraído, ya con un forceps angular, ó ya mediante inyecciones de agua tibia; cuando ambas manos deban estar ocupadas en el examen ó en alguna otra maniobra, el espejo se coloca sobre la frente mediante una cinta con hebilla que se ajusta alrededor de la cabeza.

Para averiguar si la membrana del tímpano se mueve libremente, se usan los procedimientos de Valsalva, el de Politzer y el catterismo de la trampa.

El *procedimiento de Valsalva* consiste en hacer una inspiración profunda, y forzar luego el aire hacia fuera mientras la boca y narices se tienen perfectamente cerradas; su uso frecuente causa relajación de la membrana, y algunas veces puede ocasionar congestión temporal de los vasos de la cabeza.

El *procedimiento de Politzer* consiste en forzar aire por la nariz y trompas de Eustaquio, durante el acto de tragar que abre esos tubos, y lleva la cánula contra la pared faríngea, cerrando así el espacio faríngeo superior del inferior; para practicar este procedimiento se hace tomar al paciente un poco de agua, diciéndole que la retenga sin tragar hasta que se le avise, enseguida se le introduce en una abertura nasal el cateter ó embudo del saco de aire de Politzer, se cierran perfectamente las dos aberturas nasales mediante los dedos pulgar é índice, se hace ahora la señal para tragar, y en el mismo momento se comprime el saco; como resultado de estas maniobras, el aire entrará por ambas trompas de Eustaquio,

á los dos oídos medios; en los niños puede suplir el acto de tragar el agua para abrir las trompas, los gritos que comunmente dan durante la operación.

Cateterismo de la trompa: El cateter de Eustaquio es un tubo hecho de goma ó plata, con una curva en una de sus extremidades, y una abertura en forma de embudo en la otra, donde se encuentra un anillo para servir de guía en la dirección del instrumento, durante su introducción. El objeto del operador es dirigirlo de modo que su extremidad curva sea insertada en el orificio faringeo de la trompa; para conseguirlo se hará sentar al paciente frente á la luz, se colocará el pulgar de la mano izquierda sobre el lóbulo nasal echándolo un poco arriba, y los dedos restantes se apoyarán en la frente; luego se introducirá el cateter cogido por cerca de su extremidad exterior, como una pluma de escribir, á lo largo del suelo del meato inferior, con la extremidad curva hacia abajo empujándolo suavemente hasta que tropieza con la pared posterior de la faringe; una vez aquí se pueden seguir dos métodos:

1.º Hacer girar la extremidad del instrumento un cuarto de círculo hacia la línea media, y entonces retirarlo hasta que su pico se enganche en el septo nasal; en seguida se le hace describir un ángulo de 180º, de modo que su extremidad forme ángulo recto con la pared lateral de la faringe; estas maniobras traerán en la mayor parte de los casos el pico del instrumento al orificio de la trompa, ó bien opuesto directamente á él; en este último caso, un poco de presión del pico hacia fuera, producido moviendo la extremidad externa hacia la línea media, lo hará entrar en la trompa.

2.º El otro método para encontrar el orificio de la trompa consiste en volver el instrumento una vez alcanzada la faringe, hacia fuera, describiendo próximamente un cuarto de círculo, llevar entonces la extremidad externa hacia la línea media, haciendo así presión con el pico sobre la pared lateral de la faringe, se retira en seguida con suavidad el instrumento hasta que se sienta deslizar su extremidad sobre el prominente borde posterior del orificio de la trompa.

Si el cateter se halla en una posición propia, podrá hablar y tragar el paciente sin inconvenientes; para inyectar aire por un conducto en el oído medio con un insuflador ordinario, se le puede fijar sobre la nariz del paciente con los dedos de la mano izquierda. Cuando las trompas no se abran fácilmente se le hará tragar un poco de agua en el momento de la inyección. Las dificultades para

su introducción son debidas generalmente á que se la tiene en una posición falsa, haciéndole entrar en el meato medio, ya que el paciente contrae espasmódicamente sus músculos faciales, dificultando así la necesaria relajación de las partes.

IV.

Terapéutica del oído.

Irrigaciones.—Para esta operación se emplea una jeringa de 120 á 180 gramos, una taza para contener el agua, y una vasija que la tiene el paciente debajo de su oreja, comprimiéndola con fuerza contra su mejilla, á fin de impedir que el agua se le vaya por el cuello; el operador enderezará el conducto auditivo echando la oreja arriba y atrás con una mano, mientras que con la otra colocará convenientemente la jeringa dentro del conducto, y dirigirá suavemente la corriente hasta el fondo del mismo; en general sólo agua simple debe usarse, pero es de todo punto necesario emplearla siempre tibia.

Ducha aurál.—Se usa en aquellas inflamaciones agudas donde se hace necesaria una corriente constante de agua tibia; el aparato consiste en una taza para contener el agua, y un tubo de goma; colocando la taza por encima de la cabeza del paciente, el agua correrá por el tubo dentro del oído, en virtud de su propio peso; se puede regular la fuerza de la corriente por la mayor ó menor altura en que se coloque la taza.

Cuando las inyecciones causen dolor ó vértigo, puede emplearse una esponja empapada en agua tibia.

Modo de secar y limpiar el oído.—Se consigue con una buena iluminación mediante el reflector, y el uso de una delgada sonda de acero, á cuya extremidad se arrolla un poco de algodón en rama.

Sanguijuelas.—Se usan en las inflamaciones del conducto auditivo externo y oído medio; deben aplicarse, no sobre la apofisis mastoides, sino sobre la base del trago, en razón á que en este sitio los vasos que alimentan las partes enfermas se desahogan más segura y convenientemente; á fin de evitar que las sanguijuelas penetren en el oído, se colocará algodón en rama en el meato externo.

Vejigatorios.—Se aplican, aunque raras veces, detrás del oído, en las inflamaciones crónicas.

Cataplasmas.—Favorecen el edema de los tejidos, y por esta

razón si alguna vez se juzgan necesarias para aliviar el dolor en las inflamaciones agudas, se usarán dándoles la forma cónica, y de un volumen conveniente para introducir las en el meato, donde se dejarán aplicadas tan solo durante corto tiempo.

Soluciones medicamentosas.—Se introducen por gotas en el oído, deben estar siempre calientes, circunstancia que se consigue fácilmente.

Paracentesis de la membrana del tímpano.—Se ejecuta con frecuencia en las inflamaciones agudas del oído medio, así como también en ciertos casos crónicos del mismo, con objeto de facilitar su medicación.

Mientras se ilumina bien el oído, provisto del conveniente especulum por medio del reflector, se practica en la membrana una incisión vertical de unos tres milímetros, ya enfrente ó ya detrás del mango del martillo, con un pequeño cuchillo de doble filo, hecho para el objeto; en seguida se tiene la costumbre de inyectar aire en el oído medio por el método de Politzer, á fin de que abriendo la herida se facilite la salida de los productos morbosos que puede contener el tímpano.

Tenotomía del músculo tensor del tímpano.—Se pasa un pequeño tenotomo por el segmento anterior de la membrana del tímpano, un poco hacia abajo de la apofisis externa del martillo, dirigiendo luego la extremidad del instrumento alrededor y detrás de ese huesecillo hasta alcanzar el tendón del músculo para dividirlo. Esta operación se practica algunas veces en que, por efecto de la contracción del músculo, la membrana y los huesecillos se dirigen hacia adentro, causando así una presión anormal sobre la ventana oval, y por consiguiente en el laberinto.

Adherencias intra-timpánicas.—Cuando las bridas son delgadas puede bastar para destruirlas un simple chorro de aire ó una tracción sobre la membrana timpánica, mediante un especulum neumático. Si las adherencias son muy resistentes y unen la membrana á los huesecillos ó pared interna del tímpano, debe practicarse la circuncisión de los puntos adheridos con un pequeño instrumento rectangular.

Tímpano artificial.—Se puede emplear, ya el de Toynbee, que consiste en un disco de caoutchouc vulcanizado, al cual se halla fijo un hilo de plata, ó bien simplemente un pequeño tapón de algodón en rama humedecido con agua ó glicerina, y ajustado por el mismo paciente en el lugar necesario con la ayuda de unas pinzas.

Para aplicar el de Toynbee, se cortará el disco de modo que resulte lo más aproximadamente posible el tamaño de la membrana natural, se humedecerá luego con agua caliente y se introducirá nuevamente hacia el fondo del meato; se conoce que ha llegado á su debido lugar cuando se experimenta cierto obstáculo en su marcha, oyéndose además, por lo general, un ruido ligeramente perceptible; las sensaciones del paciente son también una buena guía, puesto que, en el caso de hallarse bien colocado, mejora instantáneamente su audición.

Trepanación de la apofisis mastoides.—Se practica una incisión paralela á la oreja de dos á cinco centímetros de longitud y uno de distancia por detrás de la misma, se disecciona luego el periostio y al nivel del conducto auditivo se aplica un pequeño trépano que se ha de introducir hacia dentro, adelante y arriba; téngase presente que á una profundidad de cuatro á seis milímetros aparecen, por regla general, las células mastoideas.

Instrumentos acústicos.—Sirven para aumentar la audición; y entre los muchos presentados, la conocida trompetilla acústica hecha de cuero y el tubo acústico de Politzer, son los mejores; este último está fundado en que, si á la superficie del trago se le adiciona una pequeña placa, se aumenta el poder auditivo; es de caoutchouc vulcanizado, de forma curva, terminando en embudo por una de sus extremidades. Se introduce de modo que su convexidad corresponda á la concavidad del trago y la abertura, en forma de embudo, que mire hacia atrás; como es de un tamaño muy reducido, si se le pinta del color de la piel puede llevarse sin ser notado.

El audífono y el dentáfono son instrumentos que aplicados á los dientes conducen las vibraciones sonoras al laberinto, por el intermedio de los huesos del cráneo; sus efectos son inferiores á los de la trompetilla y tubo de Politzer.

S. TALON.
Médico Mayor.

(Continuará.)



ALGUNOS PRECEPTOS

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS (I.)

1.º Toda fractura debe reducirse en el acto de llegar á manos del cirujano, economizando así dolores al enfermo y dando el primer paso para evitar la tumefacción traumática. El hecho demostrado de comenzar la formación del callo á las pocas horas del accidente, nos incita á colocarlo desde luego en las condiciones más favorables, no perturbando más tarde su evolución. El cloroformo es un auxiliar precioso, con el que se debe contar á menudo, y singularmente si la sensibilidad del enfermo es exagerada, así como también cuando hubiere resistencias musculares y óseas que dominar.

2.º Si la coaptación de los fragmentos debe intentarse en el momento, hay en cambio que reflexionar mucho antes de aplicar el aparato definitivo. No conozco práctica más desastrosa que la desgraciadamente extendida, consistente en colocar un apósito inamovible y cerrado con vendas de yeso en cuanto se hace la reducción. Unas veces queda el vendaje flojo, tan pronto como las partes blandas han disminuído de volumen; en otras la compresión excesiva convierte en escaras gravísimas las que al principio eran simples contusiones ó equimosis. Y en todos los casos permanece el cirujano ignorante de la verdadera situación del foco traumático, para enterarse tarde y quizá cuando el daño sea inevitable.

3.º Un fracturado es un enfermo que requiere visita diaria, con inspección del miembro herido y del aparato colocado. Abandonarle, como se hace especialmente en la práctica hospitalaria para verlo en el momento de levantar el apósito, es exponerse á sorpresas desagradables y de funestas consecuencias. Por este solo motivo debieran estimarse en poco todos los aparatos inamovibles y oclusores.

4.º No existe verdadero antagonismo entre las indicaciones basadas en la restitución de la forma y de la función, que se disputan la supremacía en el tratamiento de las fracturas.

A pesar de las recientes ideas sobre la regeneración de los huesos, por las que se demuestra que la osteogenesis es un consumado arquitecto que quita y pone materiales donde es necesario, á fin de

(I) Publicado en la *Revista de Ciencias Médicas* de Barcelona.

que el miembro cumpla sus funciones estáticas, es lo cierto que la conservación de la forma representa una garantía para que las funciones se restauren con más rapidez y normalidad. Las deformaciones imposibilitan no pocas veces el trabajo de un miembro, aunque se haya pretendido desde el principio conservar el juego de los músculos y de las articulaciones. Ejemplo bien frecuente ofrecen las fracturas oblicuas de la extremidad inferior de la pierna.

5.º El reposo del cuerpo, la inmovilidad de los fragmentos y la compresión uniforme y progresiva con vendaje algodonado, son hasta el presente el mejor remedio contra el derrame traumático y la tumefacción no infectante de las fracturas. Es el método de elección en los primeros días, relegando el masaje y la movilización precoz para las circunstancias excepcionales que señalaremos más adelante.

6.º De preferencia han de emplearse como vendajes definitivos, los que permiten observar el foco diariamente. Desde este punto de vista, pueden llenarse todas las aspiraciones con gotieras para casos de simple contención, y con aparatos de extensión continua para aquéllos en que fuere preciso vencer tensiones musculares eficazmente dislocadoras.

7.º La existencia de los aparatos extensores está limitada por algunas circunstancias desfavorables, cuales son:

A) La facilidad de provocar escaras en los puntos de aplicación si la fuerza correctora es violenta. B) La insuficiencia de la extensión para prevenir incurvaciones laterales. C) Las alteraciones tróficas del callo y de los músculos por efecto de un peso excesivo y prolongado. Estas trofoneurosis locales retardan la solidificación del callo y pueden ser debidas, en nuestro concepto, al estiramiento permanente de los nervios del miembro.

Tales inconvenientes pueden aminorarse combinando los aparatos contentivos á la misma extensión, y haciendo que ésta sea mínima y eficaz, al mismo tiempo, apelando para conseguirlo á los planos de deslizamiento, á la suspensión con poleas corredizas, etcétera, etc.

8.º Se equivoca quien supone mantener coaptados, por medio de un apósito solidificable, dos fragmentos oblicuos incitados á sobreponerse por la acción muscular. Ni la magnitud del vendaje, ni la multiplicación de los puntos de apoyo, influyen para nada en la tensión interna, y ésta desbarata en el acto toda la labor del cirujano. Por tal consideración estimamos como medianos los aparatos ina-

movibles para las fracturas del muslo y para gran número de las de la pierna.

9.º Es indiscutible que el amasamiento y los movimientos pasivos de las articulaciones son de extraordinaria importancia en el tratamiento de las fracturas; mas la época de su aplicación no ha de ser la misma en todos los casos. En las fracturas articulares puede relegarse á segundo término la reconstitución de la forma, y atender desde luego á la conservación de los movimientos con la mecanoterapia; pero en las fracturas diafisarias no conviene precipitarse alterando la evolución osteogénica con movimientos quizá intempestivos. En cambio, así que el callo ofrezca garantías de solidez, debe activarse el reintegro funcional con todos los recursos mecánicos modernos.

En este tratamiento consecutivo de las fracturas es realmente donde se ha marcado el progreso actual, puesto que abrevia muchísimo la convalecencia del enfermo y deja miembros mucho más útiles que con el abandono clásico de nuestros maestros, que se limitaban á recomendar las vendas espirales como único recurso.

10. La deambulación inmediata puede consentirse en las fracturas del miembro superior, pero hay que meditarlo para permitir las en las del inferior. No está bien probado que el callo acelere su formación con semejante procedimiento, y por lo tanto, sólo pueden autorizar el levantamiento rápido del enfermo, razones fundadas en el efecto deprimente que en ciertos individuos viejos y achacosos engendra la permanencia prolongada en el lecho.

Es de regla que los éxtasis y derrames se exageren, aumentando las molestias y dolores de los que comienzan á marchar en los primeros días, y ellos mismos reclaman volver á la cama para continuar con el método antiguo de tratamiento.

Pero aún no nos conformamos con rechazar la deambulación precoz en las fracturas del miembro inferior. Creemos, además, que es menester gran parsimonia en los movimientos activos cuando el callo está todavía reciente y fresco, so pena de producir la ruptura del mismo ó la incurvación de los fragmentos. No faltará, seguramente, entre los que lean este artículo, alguno que haya visto fracturado el muslo, que, dejando el aparato y la cama con el fémur en posición recta, satisfecho del tratamiento, vuelva á presentarse ante él al cabo de algún tiempo con el muslo arqueado, quejándose de que la deformidad vá en aumento de día en día. El hecho es frecuente y se produce por la marcha intempestiva que hace gravitar

el peso del cuerpo sobre el punto débil, doblando el fémur como se dobla un mimbre comprimido por sus extremos, y llegando á veces á formar un ángulo recto. Y no se diga que los modernos aparatos deambulatorios eviten estos inconvenientes, porque en su mayoría ofrecen puntos de apoyo ficticios y no son capaces ni de prevenir las tentativas y experiencias que sin cesar hacen los enfermos cuando se les restringe los movimientos, prohibiéndoles que apoyen el pié en el suelo.

11. La imposibilidad de una coaptación perfecta no autoriza á convertir una fractura cerrada en abierta por medio de una operación quirúrgica. Descontando los peligros de la infección, que no son pocos, á pesar de nuestros formidables medios preventivos, basta la consideración de que una fractura abierta produce un callo más tardío, más irregular y más expuesto á las pseudo-artrosis, para oponernos á semejante conducta.

Exceptuaremos aquellas circunstancias en que la deformidad ha de acarrear graves perturbaciones funcionales, ó cuando tengamos la evidencia de que la causa de no coaptarse los fragmentos estriba en la interposición de masas musculares, que más tarde originan las falsas articulaciones.

12. Los principios que informan las indicaciones en las fracturas cerradas deben también guiarnos en las que van acompañadas de herida y exposición del foco. Los mejores apósitos son los sencillos, que al mismo tiempo que permiten observar fácilmente el traumatismo, aseguran su desinfección. Si el destrozo es enorme, cual ocurre en las fracturas por violencia directa, la elección del aparato es secundaria, porque hay que atender en primer término á salvar el miembro con una buena antisepsia. Basta en la mayoría de las ocasiones la contención con tablillas de acero flexible, colocadas sobre el vendaje curativo.

13. El tipo de apósito que ha causado y causa mayores desastres es el circular enyesado y con ventanas, cuando se aplica inmediatamente á un miembro gravemente herido. Es difícil de confeccionarlo con exactitud; no permite ejecutar una antisepsia rigurosa, puesto que el mismo vendaje se convierte pronto en nido de gérmenes; y por último, no consiente vigilar la totalidad de la región, que en tales casos puede hallarse contundida sin que en los primeros momentos lo parezca.

Las escaras, úlceras y supuraciones son secuela ordinaria del mismo; razón por la que creemos debe limitarse su uso á fracturas

con heridas insignificantes, y en las que hay certeza absoluta de no infección.

14. Toda fractura con herida, en el momento que queda á disposición del cirujano, ha de ser tenida por éste como infectada para los efectos del desagüe de la desinfección, en una palabra, de la cura.

15. La intervención quirúrgica en las fracturas expuestas, comprende tres momentos ó etapas, que son: La corrección antiséptica ó provisional, la corrección ósea ó definitiva, y la corrección final ó del callo.

Las tres intervenciones son sucesivas, pero no siempre necesarias. Casos hay en que una de ellas basta para cumplir satisfactoriamente lo que se propone el Médico, al paso que en otros se ha de recurrir en su tiempo á cada una de ellas.

16. La *corrección antiséptica ó provisional* se ejecutará en el momento de acercarnos al herido. Debe limitarse á la desinfección del foco, á la separación de las partes blandas y duras claramente mortificadas, á la cohibición de la hemorragia y al establecimiento del desagüe. Se hará la reducción y contención posible con los mismos medios que se emplean en las fracturas sencillas y de preferencia con un apósito contentivo simple.

En esta intervención ha de ser el cirujano parco en la sección de tejidos, porque no sabe á punto la extensión de los mismos que ha de mortificarse. Acusa verdadera ligereza la exeresis prematura de órganos que quizá puedan vivir y ser de gran utilidad para las funciones del individuo.

En las roturas por violencia directa, toman los miembros recién lesionados aspecto que hace temer por su integridad; pero es cosa corriente que en el transcurso de algunos días se modifiquen favorablemente, concibiéndose esperanzas que anteriormente parecían vanas.

17. La *corrección ósea ó definitiva* puede hacerse inmediatamente del traumatismo, pero es más conveniente aplazarla para cuando se limiten con exactitud los destrozos y hayan desaparecido los temores de una infección grave y primitiva. Esta intervención corre muy en boga desde la era antiséptica, y es natural que en su origen se haya abusado de ella y de sus procedimientos.

Es un error considerar los huesos como listones de madera, proponiéndose unir y ensamblar las fracturas como las piezas de un mueble roto. El uso de los tornillos, clavijas, planchetas, alambra-

dos, ligaduras, etc., etc., debe abandonarse, en tesis general, limitándose á casos contadísimos.

Sin olvidar que los cuerpos extraños aumentan el peligro de infección, que una vez declarada la sostiene é intensifican, y que su empleo causa repetidamente exfoliaciones necróticas, hay que dejar bien sentado que el hueso reacciona de continuo contra los agentes introducidos en su interior, originando un proceso de absorción de su propia substancia, proceso que agranda los orificios y canales practicados, haciendo ilusoria la fijación á los pocos días de ejecutada. Un miembro que parece sólidamente coaptado al terminar la operación, se afloja en seguida, merced á la corrosión autofágica del propio hueso, y camina á la pseudo-artrosis si no se recurre á medios externos que lo sujeten.

18. Son más aceptables las intervenciones que aprovechan las disposiciones de los mismos fragmentos, enclavándolos ó ajustándolos por encaje recíproco, y sin apelar á fijadores atípicos, porque alejan las probabilidades de la infección, de la deformidad del callo y de las falsas articulaciones.

Correlativa con esta proposición es la de que debe conservarse y colocarse en su lugar todo trozo de hueso vivo, aunque se hallare muy desprendido y distante de su sitio propio. Las ventajas de la intervención, algo tardía, se aprecian bien en estos casos, puesto que es fácil distinguir el verdadero estado de los huesos, cosa imposible en los primeros instantes.

19. Hágase la maniobra operatoria con medios homogéneos ó extraños, el arte debe satisfacerse con una fijación interna relativa. Su complemento ha de ser la aplicación de un vendaje exterior que facilite la asepsia y la inmovilidad del miembro.

20. La *corrección final ó corrección del callo* se lleva á cabo cuando el hueso está consolidado y el miembro adquiere su aspecto normal. Entonces se nivelan las eminencias salientes de uno ó de ambos huesos, se modifican los acabalgamientos, se extraen las esquirlas y secuestros, se arrancan los cuerpos extraños fijadores, cuya presencia incomoda, los tejidos, etc.

Desde luego, las operaciones en esta época son infinitamente menos peligrosas y se practican con la calma y exactitud deseables, dado el buen estado del enfermo. Por otra parte, no perturbamos la marcha de la osteogénesis regeneradora, porque la solidez del callo permite descontar los temores de reblandecimiento y de pseudo-artrosis con que á menudo terminan las suturas y ligaduras primitivas.

Esta misma reparación final la conceptuamos aplicable á las fracturas no abiertas, que por su deformidad molestan algo al enfermo; á esas mismas fracturas mal coaptadas, en las cuales no hemos considerado lícito intervenir antes de formarse el callo. Así, por ejemplo, es para nosotros lamentable abrir una rotura clavicular con el fin de coser sus fragmentos biselados; pero es permitido y digno de recomendarse reformar las puntas agudas del callo con una simple resección al terminar el proceso consolidante.

21. No es posible, dentro de los límites que nos hemos propuesto, determinar los motivos, cada día más restringidos, de amputación en las fracturas. El estado de los diferentes tejidos y sistemas del miembro han de guiarnos para ello; mas la importancia proporcional de sus destrozos varía según la región afectada.

Así, por ejemplo, la significación de las pérdidas de substancia puede expresarse para el miembro superior en el orden correlativo siguiente:

Primero, pérdida de vasos; segundo, id. de huesos; tercero, id. de nervios; cuarto, id. de músculos; quinto, id. de piel.

Al paso que las de pierna y pié se invierten los términos de este modo:

Primero, de los vasos; segundo, de la piel; tercero, de los huesos; cuarto, de los nervios; quinto, de los músculos.

Si no se tiene en cuenta la preponderancia de la piel en estas regiones, podrá obtenerse un miembro consolidado, aunque la pierna haya perdido mucho tegumento, pero las ulceraciones serán permanentes, y al fin habrá que hacer la amputación después de haber sufrido mucho el enfermo.

22. Condeno las amputaciones que *incontinenti* aún practican algunos cirujanos en caso de traumatismo, pues separan un miembro tal vez conservable y se superpone al shok traumático el operatorio, y á una hemorragia otra hemorragia, haciendo que el enfermo muera sin reaccionarse ó que el muñón se gangrene por la doble atrición de los tejidos.

La legítima cirugía de urgencia debe operar sin urgencias.

DR. AREILZA.



REVISTA ESPAÑOLA

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE HIGIENE Y DEMOGRAFÍA

Cuál es el mejor empleo que puede darse á los detritus de la vía pública,
por el-Dr. Chicote.

CONCLUSIONES.

1.^a Que el mejor empleo que puede darse á los residuos de la vía pública es la incineración. Esta, ejecutada en los modernos hornos, resuelve el importante problema del almacenamiento de residuos, puesto que puede destruirse diariamente la totalidad de los productos de la limpieza de cualquier ciudad; resuelve por completo la cuestión higiénica y permite resarcirse en parte de los gastos que ocasiona utilizando el calórico y los residuos.

2.^a Que teniendo en cuenta las necesidades de la agricultura de cada población, debe separarse del producto total del barrido la cantidad que la práctica demuestre es necesaria para atender á las mismas, no privándola de los principios fertilizantes que contienen las inmundicias urbanas.

3.^a Que la parte no sometida á la incineración y dedicada á su empleo como abono, debe tratarse por el sistema Arnold, que la esteriliza y hace imputrescible en beneficio de la higiene, á condición de desnaturalizar los líquidos resultantes de la cocción y de ejercer severa vigilancia sobre la aplicación que se intente dar á las grasas.

A estas conclusiones indudablemente debe habersé llegado en algunas ciudades en donde existe la costumbre de dedicar á la agricultura parte de las inmundicias urbanas. Demuéstralo la de Filadelfia, en donde la basura de tres distritos, de los cinco en que se divide, está contratada á la Sociedad *American Product C.^o* para someterla al *Arnold System*, y la de los otros dos á la *The Philadelphia Incinerating C.^o* que la incinera.

* * *

Hechos clínicos de hipertermia, por el Dr. A. Perales.

CONCLUSIONES.

1.^a Son compatibles con la vida y hasta con las actividades orgánicas propias de la salud durante la tercera infancia, temperaturas de 43°, 44° y 45°, sostenidas por espacio de once y doce días, y apreciadas con los termómetros clínicos hoy en uso médico, general y corriente.

2.^a Estos grados de calor animal observados en las postreras etapas de la niñez, son fenómenos propios de tal período infantil, y probablemente los promueve una sobre-actividad del crecimiento

en la periferia del sistema nervioso (en la superficie cutánea y mucosa), siempre que tales actividades no traspasen los límites de la normalidad.

3.^a Dichos estados pueden considerarse como fisiológicos, aunque muy favorables para que se desenvuelvan accidentes ó procesos páticos á consecuencia de las menores transgresiones higiénicas.

4.^a Deben proscribirse mientras duren dichos fenómenos todos los tratamientos constituídos por medicaciones más ó menos activas, siendo la expectación médica racional la que ha de vigilar la marcha de ese breve plazo, en el que todo el organismo se halla como dispuesto á traspasar los linderos que lo separan de la enfermedad.

5.^a El cumplimiento más exacto de todos los preceptos de la higiene debe ser la regla preceptiva en tales casos.

*
**

Higiene de la nariz, por el Dr. Peláez Villegas.

CONCLUSIONES.

1.^a La observación y estudio de cuanto se refiere á numerosos procesos patológicos de los oídos, de la garganta, y sobre todo, de las fosas nasales, pone en evidencia la elevada importancia que ofrecen las prácticas higiénicas en lo relativo á la nariz y cavidades nasales.

2.^a La anatomía y fisiología de estas regiones dan la explicación fundamental de la facilidad con que pueden adquirirse muchas rinopatías; explican también las relaciones que estas rinopatías ofrecen con otros procesos morbosos en territorios más ó menos distantes, y señalan, por último, la necesidad de acudir á la higiene para impedir, ó por lo menos disminuir la frecuencia con que se observan ciertas enfermedades nasales.

3.^a Atendiendo á la riqueza de la flora nasal, y aun teniendo en cuenta el papel bactericida de las secreciones nasales, hay que dictar reglas que se opongán al desenvolvimiento y emigración de los microbios que constituyen dicha flora.

4.^a El papel etiológico que representan los pequeños traumatismos de la mucosa nasal, y ciertos hábitos viciosos (uso del rapé, abuso del tabaco, titilaciones ó excitaciones digitales intra-nasales, limpiarse con ruido la nariz, sonarse los dos lados á la vez, etcétera), exige que el higienista proscriba en absoluto, y mediante razonamiento bien inteligible, cuanto pueda caer dentro del indicado grupo de causas patológicas meramente auto-individuales.

5.^a El coriza y toda clase de rinitis aguda, en los diversos grados que en ésta cabe admitir, constituyen un grupo de enfermedades miradas con negligencia, en general, por los clínicos, y sobre las cuales conviene afirmar y recordar que deben y pueden ser evitadas en muchos casos é individuos con sólo las prácticas de una higiene especial; y que, una vez en presencia de estas enfermedades, no por ser ligeras y no producir por el pronto graves ni gran-

des molestias, deben dejar de ser tratadas como conviene; pues su abandono á la terminación ó supuesta curación espontáneas, puede producir males de gran consideración para el futuro.

6.^a El tejido eréctil de la mucosa nasal funciona al unísono con el tejido eréctil de los órganos copuladores, y las reglas de higiene sexual deben ser intervenidas por las de higiene nasal. Dicho tejido eréctil funciona también al mismo tiempo que el tejido eréctil de los territorios orgánicos que lo presentan, y la higiene de éstos igualmente debe estar de acuerdo con las funciones nasales.

7.^a El lavado y limpieza peculiares de los pañuelos destinados á la nariz debe ser objeto de reglas especiales de desinfección y asepsia.

8.^a Muchas aproxesias de causa nasal pueden ser evitadas ó curadas por la higiene.

9.^a El alcoholismo, cafeísmo, y aun el uso de cierta clase de alimentos, son las causas de muchas enfermedades nasales.

10.^a Conviene comprender dentro de la higiene escolar la higiene nasal.

*
* *

Tratamiento de la escoliosis llamada esencial, por el Dr. Deeref.

CONCLUSIONES.

1.^a La teoría hasta hoy más racional y más admitida respecto al origen de la *escoliosis llamada esencial*, es la de admitir un trastorno de nutrición local en las vértebras, y la de su mecanismo de producción, la teoría de la pesantez.

2.^a Los trastornos musculares que se observan en esta lesión son consecutivos al cambio de función que tienen la potencia y la resistencia de un brazo de palanca, que por trastorno de su función fisiológica hacen que se cambien sus condiciones físicas.

3.^a Dadas las anteriores conclusiones, el tratamiento más racional y de mejores resultados hasta hoy son los tónicos osteogénicos y la mecánica médica como modificadores locales y ortopédicos, y la hidroterapia como poderoso modificador de la nutrición general, é indirectamente también de la local. El tratamiento eléctrico sólo tiene un papel auxiliar muy secundario.

4.^a El procedimiento cruento del Dr. Calot, aplicado á las escoliosis graves, como pretende su autor, podrá ser admitido cuando se demuestre palpablemente que enfermos operados y curados con él, han pasado más de un año sin recidivas, pues dadas las lesiones óseas que en la afección que nos ocupa se producen, es lógico suponer que así suceda, en cuyo caso convendrá pensar si merece una operación tan cruenta, pero exenta de peligros, sentar plaza de útil cuando el alivio que produce es tan pasajero.

5.^a Deben los Médicos oponerse terminantemente al uso de corsés de acero, aunque no estén construídos y aplicados por mercaderes anejos á nuestra profesión, pues son, no sólo inútiles, sino muy perjudiciales.

6.^a La escoliosis llamada esencial puede ser curable por los medios antedichos, en la infancia y en sus comienzos, por lo que debe recomendarse á los Médicos gran vigilancia por ser muy frecuente dicha deformidad, sobre todo en los niños, y más peligrosa en éstos, puesto que afecta á la conformación de las pelvis.

7.^a Si en el período de desarrollo del sistema óseo se ha abandonado la lesión, y las deformidades durante un año ó más han tenido tiempo de llegar al segundo período, no puede esperarse de la terapéutica mas que tener á raya los progresos de la enfermedad, y que, poniendo en buenas condiciones la nutrición, ayude á la naturaleza, en su tendencia durante la época de crecimiento, á corregir algo las deformidades, pero teniendo en cuenta que aun en los casos más afortunados y que mejor responden á estos esfuerzos, nunca se conseguirá hacer desaparecer el rastro que deja impreso en el esqueleto un período de trastorno nutritivo.

REVISTA EXTRANJERA

Estudios experimentales sobre la asepsia, por el Dr. R. Schäffer.

CONCLUSIONES.

1.^a La esterilización de los instrumentos, de las torundas y del material de apósito, así como de la seda para suturas, se puede efectuar de un modo tan completo que no hay necesidad de perfeccionar esta parte de la técnica. El agua con bicarbonato sódico y la corriente de vapor, bastan con seguridad, hasta donde puede hablarse de seguridad en ciencias naturales.

2.^a El mejor medio de tener preparados los instrumentos, es colocarlos en una disolución antiséptica ligera, siendo preferible para el caso una de fenol al 1 ó 2 por 100. Los bisturís, tijeras y agujas se colocan en alcohol. La preparación de los instrumentos para el momento de la operación, se ejecuta muchas veces sacándolos de la vasija donde se los ha mantenido en un líquido hirviendo, y poniéndolos en una placa esterilizada, de donde los cogerá el mismo operador. Sin embargo, esta práctica no es conveniente, puesto que el cirujano vuelve á colocar los instrumentos en la placa ó bandeja, se deseca la sangre que se les adhiere, y como esta sangre es un excelente terreno de cultivo para las bacterias que flotan en el aire, cabe pensar que, cuando la operación dura mucho tiempo, los instrumentos habrán de contener gérmenes. Por esto mismo no basta tampoco con colocar los instrumentos en disoluciones esterilizadas, saladas ó carbonatadas. No es suficiente con que los instrumentos previamente esterilizados continúen así, sino que se debe impedir que las

bacterias que se depositan de la atmósfera proliferen ulteriormente.

3.^a Mientras dura la operación no se mantendrá destapada la marmita que contenga las torundas esterilizadas, sino que cada vez que se saque una de éstas se volverá á tapar la marmita para evitar que entren en ésta las bacterias atmosféricas. Lo mejor es que la enfermera mantenga la marmita cerrada debajo del brazo, que la abra cuando se le mande, que el operador saque entonces la torunda, y que queden las demás tapadas.

4.^a La seda cocida se guarda en un líquido antiséptico flojo. Todo punto que se toque con las manos, hay que cocerlo de nuevo.

5.^a Las vasijas donde se guarda el material de suturas se cubrirán con una tapa de vidrio que tenga reborde, para que el polvo no pueda llegar al borde superior de dichas vasijas. En los recipientes que se usan comunmente, sucede que en la ranura que queda entre la tapa y la pared de la vasija se deposita una capa de polvo, que puede ser rozada al sacar la seda y tocar con ésta en las paredes de la vasija.

6.^a De un modo análogo se evitará que penetre el polvo en las vasijas que contienen el alcohol ó los líquidos antisépticos. El procedimiento preferible consiste en cubrirlas con una tapa de vidrio que exceda y descienda mucho del borde de la vasija.

7.^a Los mejores métodos para esterilizar el catgut, desde el punto de vista de la asepsia, son los de Kocher (aceite de enebro), y, Bergmann, Reverdin, Kroenig, Hoffmeister y Schaeffer.

8.^a El procedimiento usual de desinfección de las manos (agua de jabón caliente, alcohol, sublimado, cepillo fuerte), dá resultados satisfactorios si se practica con la intensidad necesaria y se prolonga por el tiempo suficiente, con tal que las manos estén bien preparadas para ello. El uso de guantes parte de hipótesis falsas y es inconveniente.

9.^a En los casos de laparotomía, la desinfección del campo operatorio se efectúa del modo siguiente: Uno ó dos baños generales en el día de la operación y en el precedente. Afeitar el monte de Venus antes del último baño y cubrirlo con una compresa de formalina al 1 por 100 durante las últimas veinticuatro horas. Se desinfectará enérgicamente, no sólo la pared abdominal, sino la torácica, el muslo, los vacíos y las partes pudendas. El cuerpo se cubrirá con una sábana recientemente hervida, que tendrá una hendidura en el sitio correspondiente á la línea blanca.

10. Si bien es cierto que la infección por contacto es con mucho la más peligrosa y la más común, hay que prestar á los gérmenes atmosféricos mayor atención de lo que ahora se hace. Por lo tanto, se evitará ó hará desaparecer toda acumulación de polvo y toda impurificación de la sala de operaciones, debida á esta causa. Con tal objeto, estas salas, cuyas paredes se podrán lavar y cuyos suelos serán impermeables, se mojarán á menudo. Además, después de cada operación se quitarán todas las manchas de sangre y todos los trozos de hilos que hayan quedado esparcidos.

11. La desinfección con la formalina, tal como se obtiene con la lámpara de Schering, es de todo punto insuficiente. Por otra parte, como quiera que para hacer desaparecer el olor hay que tener abiertas las ventanas por mucho tiempo, parece dudoso que la formalina se pueda emplear de ningún modo para privar de gérmenes á las salas de operaciones.

12. El desarrollo intenso de vapor sostenido durante hora y media ó más, ó bien el hacer funcionar por mucho tiempo un pulverizador de vapor, produce varias horas más tarde una disminución considerable de gérmenes en el recinto.

13. Más sencillo en su empleo, y al mismo tiempo más eficaz, es la producción de una lluvia artificial por medio de un aparato de regadera que arrastre al suelo las partículas y bacterias que flotan en el aire. El autor ha demostrado que la cantidad de gérmenes disminuye de este modo en un 9 por 10.

14. El aire espirado está exento de gérmenes, pero la herida corre algún peligro cuando habla el cirujano, á causa de las partículas que entonces se desprenden de la cabeza, de la barba y del sudor. Para evitar estos peligros se usará una gorra de lienzo y una tira doble de gasa que envuelva ó rodee la barba, el carrillo y la boca. Se disminuye la proporción de bacterias del sudor, lavándose la cara inmediatamente antes de la operación.

Insiste el autor en que por más que la infección por contacto es más peligrosa que la producida por el aire, esta última también puede ser grave, como lo demuestran sus experimentos y los de Hegel, de Basilea.

(*Sociedad Médica de Berlín.*)

*
* *

Tratamiento del asma, por el Dr. Harald Hayes.

1.º *Antes de la comida:* Mixtura ioduro-potásica con tintura de corteza de naranja, y un poco de esencia de pimienta.

2.º *Después de la comida:* Algunas gotas de la solución de tartrato férrico-potásico con un amargo.

3.º *Entre comidas:* Una mixtura de ioduro de sodio ó de ioduro de amoniaco.

4.º Cápsulas de cinconina.

5.º *Contra la tos:* Jarabe de esencia de trementina con adición de esencia de menta.

6.º Emplasto de tapsia.

7.º Píldoras purgantes.

*
* *

Tratamiento de la fiebre amarilla.—El Dr. Alejandro Llenas, aconseja el tratamiento siguiente: A las tres de la mañana, 50 centígramos de sulfato de quinina. A las seis un pediluvio muy caliente. A las siete un purgante. De las diez de la mañana á las seis de la tarde, una poción que contenga 20 á 40 gotas de percloruro de hie-

ro. En los intervalos algunas tazas de caldo. A las seis de la tarde nuevo pediluvio. De las siete á las nueve, poción que contenga dos gramos de bromuro potásico y que se tomará al principio de la noche. Cada dos horas, lociones generales con aguardiente alcanforado. Constantemente compresas de agua helada sobre la cabeza. Como bebida, limonada sulfúrica. El Dr. Llenas emplea este tratamiento desde 1883 y ha salvado con él todos sus enfermos.

(*La Med. Moderne.*)

* * *

Terapéutica de las quemaduras.—Capitán aconseja la aplicación permanente de compresas mojadas en agua bórica ó en una disolución de sublimado al 1 por 2 ó 4.000. Antes, y á cada hora, se aplica sobre la herida una pomada de salol, de antipirina, ó de salol cocainizado. La fórmula siguiente es bastante buena.

Cloruro de cocaína.....	25 centigramos.
Salol.....	4 gramos.
Vaselina.....	30 —

Las curas han de ser tardías. Con este tratamiento no hay dolor ni supuración.

(*La Med. Moderne.*)

* * *

El veneno de la víbora.—El Dr. Luciani formula las siguientes conclusiones:

- 1.^a Rara vez mata el veneno de la víbora.
- 2.^a Los niños, más que los adultos, pueden sucumbir bajo su influencia.
- 3.^a Las ligaduras, aun hechas pronto, no impiden por completo ni mucho tiempo la entrada del veneno en la sangre.
- 4.^a Sin embargo, las ligaduras de los dedos casi pueden oponerse á la absorción.
- 5.^a Sin la incisión de la herida, la succión vale poco; pero la presión y la succión puede hacer salir la sangre, y con ella parte del veneno.
- 6.^a La cauterización es poco eficaz, si no se dilata antes la herida y si no se la continúa ampliamente.
- 7.^a Después de la primera mordedura, queda la víbora con muy poco veneno.
- 8.^a Las víboras son más peligrosas cuando han estado largo tiempo en ayunas.
- 9.^a Las inyecciones hipodérmicas de permanganato potásico son neutralizantes del veneno si se ponen en contacto de éste; pero son nulas cuando entró la ponzoña en el torrente circulatorio.
10. El amoníaco no ejerce acción alguna específica sobre este veneno.
11. Este obra como narcótico.

12. Las heridas hechas por una víbora son tanto más peligrosas cuanto más cercanas están al corazón.

El tratamiento, según el autor, debe ser el siguiente: ligadura inmediata, desbridamiento de la herida, cauterización extendida á algunos centímetros con el hierro candente y mejor con un ácido líquido cáustico. Debe tenerse poca confianza en la succión, por ser la herida estrecha y poco profunda; antes se ha de desbridar. Realizados estos medios de tratamiento, ha de hacerse numerosas incisiones en las partes edematosas y lavarlas con una solución de permanganato (al 1 por 100); si la tumefacción tiende á extenderse con rapidez, hay que inyectar subcutáneamente dicha solución en toda la zona invadida por el edema y en toda la sana que la circunscribe.

Al interior cafeína, cognac é inyecciones de éter.

(*Corriere Sanitario* 1898.)

*
* *
*

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCOU.

Acerca de la exclusión total del intestino con oclusión total.

—*M. Roman von Baracz* (de Lemberg): Yo he sido el primero que he recomendado la exclusión del intestino con oclusión. Aun cuando cuatro operaciones de este género ejecutadas por Obalinski, Friele, Wiesinger y por yo mismo hayan dado buenos resultados, este procedimiento ha sido criticado y condenado. He tratado, pues, de resolver la cuestión experimentalmente. Mis experimentos, hechos en perros, son en número de 15. Hé aquí la técnica que yo he seguido: abierta la cavidad abdominal, buscaba una parte del intestino grueso (colon ascendente ó transverso, ileo-ciego), evacuaba su contenido en las partes contiguas, y seccionaba el intestino en dos puntos entre pinzas de forcipresión ó entre ligaduras elásticas; lavaba la parte que debía excluir con algunos litros de la solución fisiológica de cloruro de sódio y suturaba los dos extremos. La longitud de la parte que debía excluirse ha sido de 12 á 45 centímetros. Para simplificar la enterorrafia de los dos cabos superior é inferior, he recurrido ora á una nueva sutura intestinal (sutura de Landerer modificada), ora al botón de Murphy ó á la sutura de Senn. La parte excluida era abandonada en la cavidad abdominal y en la herida abdominal cerrada.

Los resultados han sido malos: cinco perros han muerto de estrangulación interna producida por el deslizamiento de una asa intestinal contigua en la abertura del mesenterio no suturada; dos perros han sucumbido á la insuficiencia de las suturas, uno á una peritonitis producida por la pinza de forcipresión, cinco á la misma exclusión; dos perros únicamente están aún vivos en la actualidad, es decir, doscientos veintisiete y doscientos treinta días después de la operación.

Los casos más interesantes son aquéllos en que la exclusión ha

sido causa de la terminación fatal. En un caso se trataba de gangrena del asa intestinal sobre su borde libre; en otro, la sutura de un cabo excluido ha cedido á la presión del gas contenido en el asa excluida cincuenta y cinco días después de la operación; tres perros han sucumbido setenta y siete, ciento treinta y cuatro y ciento setenta y ocho días respectivamente después de la operación, á una peritonitis consecutiva á la acumulación del líquido fecaloide en el asa excluida; esta última contenía el bacterium coli commune en cultivo puro y presentaba úlceras de la mucosa con tendencia á la perforación del lado del peritoneo. La longitud del asa excluida en esos tres casos ha sido de 10, 12 y 15 centímetros. El contenido acumulado era quiloso, espeso, amarillento ó color de chocolate claro, de olor fecaloide; la cantidad de esta materia era de cuatro, 14 y 45 gramos. Las paredes de la parte excluida estaban muy engrosadas; el asa misma se hallaba medianamente llenada en forma de salchichón y adherida á las asas contiguas por medio de fuertes bridas fibrosas, hasta tal punto que no se la podía hallar sino con dificultad.

Basándome en estos experimentos, llevo á las conclusiones siguientes:

1.º La exclusión intestinal total con oclusión es un procedimiento mucho más complicado que la exclusión sin oclusión, dado que el asa que hay que excluir debe estar desinfectada, cosa que no se obtiene sino con grandísima dificultad; además, en tal caso, el peritoneo se presta fácilmente á la infección;

2.º El asa excluida puede producir una gran cantidad de materia fecaloide, conteniendo numerosos colibacilos; la causa de este proceso es probablemente la falta de una desinfección perfecta. Las bacterias que han quedado en el intestino irritan la mucosa y determinan la formación de esa materia;

3.º Por consecuencia de una irritación repetida por las materias acumuladas, y en razón á la falta de nutrición de las paredes del intestino, fórmanse ulceraciones después de un lapso de tiempo variable sobre la mucosa del intestino excluido, lo cual facilita la emigración de las bacterias hacia la serosa y engendra de este modo abscesos fistulosos con perforación consecutiva;

4.º La exclusión total del intestino con oclusión presenta en los perros grandes peligros, y, en consecuencia, no debe practicarse en el hombre.

*
*
*

Un nuevo signo clinico permitiendo prever la oportunidad de la intervención en el crup.—*M. Bayeux*: ¿Cuál es el momento en que un crup debe ser operado? Esta cuestión parece fácil de resolver: hay que operar cuando la asfixia crupal amenaza positivamente la vida del niño. Pero ¿en qué signos podrá reconocerse este peligro? ¿De qué manera se descartará la parte que corresponde á la

disnea laríngea y á las causas coadyuvantes de asfixia, complicaciones pulmonares, disnea tóxica?

Desde los orígenes mismos de la traqueotomía, éstas cuestiones que se hallan pendientes de resolución precisa.

En 1859, es decir, en la época en que Barthez fijó las reglas fundamentales de la traqueotomía, se vacilaba en intervenir muy pronto porque la traqueotomía resultaba con frecuencia inútil y de suyo era á menudo peligrosa. Hoy se vacila en operar demasiado pronto porque la seroterapia ha ensanchado considerablemente el cuadro de las curaciones espontáneas.

De otra parte, temíase en 1859 intervenir demasiado tarde, porque la traqueotomía se consideraba como el único remedio del crup. Actualmente, los cirujanos no se exponen tanto á operar tarde, porque la intervención (entubamiento) es muy benigna y hasta porque á menudo se puede reemplazar la intubación permanente por el cateterismo momentáneo, por el *escobillonaje de la laringe* con ayuda del tubo laríngeo (método de Variot-Bayeux.)

En todo caso, no debe operarse ni hartó pronto ni hartó tarde; pero es difícil establecer una regla fija, por lo mismo que ha de estar sujeta á interpretaciones personales variables.

En vista de esta dificultad, he tratado de poner en evidencia algún signo de certeza. Analizando todos los síntomas, he concluído por adoptar las *contracciones de los inspiradores accesorios*.

Su acción es progresiva y se establece según un orden cronológico interesante. La palpación digital de estos músculos permite aislar el *trapecio*, el omohioideo, el escaleno anterior, el *esternomastoideo*, desde el punto de vista de su contracción cronológica respectiva.

He podido notar, además, que la tensión de los mastoideos es la última que se produce, coincidiendo con fenómenos precursores de la asfixia. He buscado sistemáticamente este síntoma y me ha parecido constante.

Ese signo es el que yo propongo como pudiendo hacer prever una intervención de *urgencia* próxima, puesto que precede de algunas horas á los fenómenos asfísicos.

Hé aquí en qué consiste: es una tensión *activa, acompasada, sincrona á las inspiraciones persistente*, de los dos músculos esterno-mastoideos.

Debe ser distinguida de la tensión pasiva, aparente, de estos músculos, que se percibe en ciertos niños flacos y que nada significa: esta diferenciación se hará por medio de la palpación digital, ora sobre los dos músculos simultáneamente, ora sobre un solo mastoideo, por pellizcamiento ligero entre el pulgar y el índice.

Además de su valor diagnóstico, puesto que no existe en la disnea bronco-pulmonar, este fenómeno tiene un valor pronóstico incontestable.

Así, por ejemplo, en un niño entubado, indica una obstrucción

progresiva del tubo, fuera de una depresión cervical ó epigástrica (*tiraje*.)

En una ocasión me hizo descubrir una *expulsión espontánea* que había pasado inadvertida.

En un niño desentubado indica que el *tiraje* vuelve á producirse progresivamente y que hay necesidad de reiterar la intervención.

En dos traqueotomizados me ha hecho pronunciar un pronóstico fatal: él indicaba en efecto una obstrucción continúa de la cánula por desprendimientos sucesivos de numerosas membranas.

Estimo, pues, que el *signo del esterno-mastoideo* puede servir para prever la urgencia próxima de la intervención quirúrgica en el crup, y que su observación en presencia de *tirajes* dudosos puede ilustrar al Médico y permitirle intervenir.

La operación primitiva podrá seguir siendo el escobillonaje; de suerte que, como se vé, ese síntoma no implica forzosamente una intervención grave.

M. Rauchfuss (de San Petersburgo): Por mi parte, he de hacer algunas salvedades respecto del nuevo signo que nos propone el Sr. Bayeus, pues no creo en realidad que sea útil retener un síntoma único como capaz de determinar el momento de la intervención; en mi concepto, hay que juzgar según el conjunto de todos los fenómenos que forman el cuadro clínico.

Existe, por otra parte, un fenómeno al cual yo concedo una importancia mucho mayor, y que doy como punto de mira á mis enfermeras, quienes saben apreciarlo muy bien: refiérome al signo que Gerhardt indicó por primera vez hace más de cuarenta años, es decir, el desfallecimiento del pulso en la inspiración, y que yo llamo la *asistolia inspiratoria*; es, en efecto, un síntoma excelente y que hay que indagar siempre en los casos de referencia.



VARIEDADES

Se han publicado los cuadernos 2.^o y 3.^o de los Anales de la Real Academia de Medicina. Contienen las actas de las sesiones científicas en que se trató de la tuberculosis y de la craneotomía, comunicaciones sobre diversas cuestiones científicas, las biografías de los Doctores Letamendi y Sáez Palacios, y el principio de una Memoria premiada acerca de las *intervenciones quirúrgicas en los traumatismos del cráneo*.

Se admiten suscripciones en el local de la Academia.