

## HERIDAS DEL TÓRAX POR ARMAS DE FUEGO

En una conferencia explicada por el Dr. Kœnig sobre este interesante asunto, expone sus ideas, basadas en los más recientes datos de la Cirugía contemporánea.

Empieza por el estudio de las heridas *no penetrantes* y por las *lesiones vasculares*. No se conoce la proporción exacta de estas heridas con relación á las de otras regiones; Stromeyer ha contado en un combate que hubo 1.210 heridos, 97 del tórax, ó sea el 13 por 100.

Con los *gruesos proyectiles* el herido cae, de ordinario, mortalmente lesionado; puede haber en estos casos rotura de un órgano importante: corazón, pulmón, grandes vasos, diafragma; la muerte puede producirse también por simple conmoción, sin lesión orgánica, y en estos casos parece debida á un sacudimiento de los ganglios nerviosos, cardíacos ó abdominales.

Las heridas producidas por los *pequeños proyectiles* son mucho más frecuentes; no interesan muchas veces más que las partes blandas, pero á menudo se complican con fracturas de las costillas; las heridas que rodean la caja torácica son cada vez más raras, y es evidente que el mayor número de las heridas así clasificadas son heridas penetrantes, cuyos síntomas de penetración son muy poco manifiestos en el primer momento.

Muy serias son las heridas de los troncos vasculares. Prescinde el autor de las lesiones de la arteria axilar y de la subclavia, para no tener en cuenta más que las heridas de las arterias mamaria

é intercostal, que pueden comprometer la existencia. Si se llega á tiempo, debe hacerse á la vez el diagnóstico de la hemorragia y el reconocimiento del vaso que la produce; para hacer la hemostasia es preciso poner al descubierto el vaso y operar con todas las precauciones de una asepsia severa, porque en estos casos ó ya está abierta la caja torácica ó se abrirá durante la operación. Generalmente será necesario reseca un fragmento de costilla para facilitar la ligadura; si se trata de la arteria mamaria, será preferible ligar directamente al nivel de la herida.

Las *heridas penetrantes* son producidas principalmente por los pequeños proyectiles, y pueden presentar los siguientes casos:

1.º Sólo está herida la pared con las costillas, y las lesiones profundas son producidas por las costillas hundidas; el proyectil permanece en la herida ó ha sido arrojado al exterior.

2.º El proyectil penetra directamente en los órganos profundos; en estos casos puede permanecer en la herida, ó bien atravesar el diafragma y alojarse en los órganos de la cavidad abdominal.

3.º El proyectil atraviesa los órganos de la caja torácica de parte á parte.

En los tres casos puede haber penetración de cuerpos extraños en la herida (vestidos, fragmentos de costillas, etc.)

Los órganos torácicos más importantes que pueden ser lesionados son el corazón y el pulmón.

*Lesiones del corazón.*—Hasta hace poco tiempo no han sido objeto de estudio estas lesiones desde el punto de vista de la Cirugía de guerra. Dichas heridas eran consideradas como mortales, con muy raras excepciones, y superiores á los recursos del arte. Fischer demostró en una estadística que de un total de 452 heridas del corazón ó del pericardio hubo 72 casos de curación, y en 36 casos esta curación fué comprobada en la autopsia. Por otra parte, el Dr. Eichel cuenta 10 por 100 de curaciones en heridas del corazón y 30 por 100 en las heridas del pericardio. Las heridas por armas blancas dan el mejor pronóstico; las heridas por armas de fuego sólo dan un 8'4 por 100 de curaciones.

El autor pasa rápidamente sobre los síntomas y el diagnóstico de las lesiones cardíacas. Estas lesiones pueden producir la muerte de una manera casi instantánea; otros sucumben al cabo de cierto tiempo, cuando el pericardio se ha llenado de sangre, ya por parálisis cardíaca consecutiva á la vacuidad de las cavidades ventriculares, y, por último, á consecuencia de hemorragias repetidas.

Los principales síntomas de estas lesiones son: caída al suelo, síncope, palidez de la cara, falta de pulso, etc. Entre los fenómenos físicos se observan, por la percusión y auscultación, los que indican la entrada del aire y de la sangre en el pericardio, y con frecuencia un derrame sanguíneo en la pleura. En ocasiones es posible determinar el trayecto aproximado del proyectil si se conocen los orificios de entrada y salida.

El *tratamiento* de estas heridas no exige indicaciones especiales; una curación aséptica, reposo absoluto, aplicación de hielo al pecho y una inyección de morfina, en algunos casos, son los principales medios que deben emplearse. La intervención operatoria sólo se aconseja cuando hay síntomas de compresión del corazón que amenazan la existencia. No debe recurrirse á la punción; es preciso practicar la pericardiotomía, comprendiendo en la incisión la herida existente; también será necesario muchas veces reseca la sexta y séptima costillas al nivel de sus cartílagos ó el lado izquierdo de la parte inferior del esternón. La conducta del Cirujano estará en relación con las lesiones que se encuentren; se suturará una herida superficial, se dejará el pericardio abierto y se terminará taponando con gasa. Pero hasta las heridas profundas del corazón se han hecho del dominio de la Cirugía operatoria; desde que Rehn curó una herida del corazón por medio de la sutura, se han registrado cierto número de casos felices de este género. Sin embargo, conviene no hacerse ilusiones; pocos heridos del corazón por proyectiles de armas de fuego llegarán á manos del Cirujano en tiempo de guerra. No ocurre lo mismo con las heridas del corazón producidas con los proyectiles de 6 y 7 milímetros de los revólvers. De 24 heridas penetrantes de pecho de esta clase, obser-

vadas por Kœnig desde 1896, se han comprobado ocho veces lesiones del corazón ó del pericardio, con tres muertos solamente, y en un caso el herido hubiera podido salvarse por la operación; los otros, en los cuales la lesión cardíaca era cierta, curaron.

*Lesiones pulmonares.*—El autor prescinde de las heridas producidas por los grandes proyectiles con amplia abertura de la pared y graves lesiones de los gruesos vasos, y sólo se ocupa de las heridas penetrantes de pecho producidas por las armas blancas y por los pequeños proyectiles, tal y como se las observa en tiempo de paz.

Experiencias practicadas por el autor han demostrado que, cuando se abre la cavidad pleural de un animal, el pulmón se abate alojándose en el canal vertebral, y se constituye así un pneumotórax traumático abierto; durante los movimientos respiratorios, el aire entra y sale por la herida mientras no se cierra la abertura; por el contrario, el pulmón se dilata y recobra su posición normal desde que se cierra la herida de la pleura; el aire que queda se reabsorbe ó se extiende en los tejidos y produce un enfisema subcutáneo. Si el pulmón ha sido herido al mismo tiempo que la pleura, el resultado es igual, á menos que haya lesión de los gruesos vasos ó de los grandes bronquios.

Si la herida está exactamente suturada se obtiene la reunión por primera intención; cuando hay lesión pulmonar se forma un tejido de reparación que, á la larga, se hace muy resistente. La sangre derramada en la cavidad de la pleura se reabsorbe, en general, poco á poco, pero algunas veces persiste cierta cantidad.

Kœnig no entra en más detalles sobre el proceso de cicatrización y curación definitiva de estas lesiones. Los cuerpos extraños que han penetrado en los pulmones son englobados en el tejido cicatricial y encapsulados.

Tales son los resultados de las experiencias hechas en los animales. Hoy se sabe que en el hombre es idéntico el proceso de reparación de las heridas pulmonares. El aire y la sangre derramados en la pleura son reabsorbidos, á menos que la cantidad de

sangre sea demasiado considerable; el enfisema subcutáneo no es peligroso sino en ciertas circunstancias, cuando, por ejemplo, la lesión pulmonar tiene asiento en un punto en que el pulmón está adherido á la pared; en este caso, el pulmón no puede abatirse, y el aire es empujado directamente y de una manera continua en la herida parietal. En general, las heridas parietales y pulmonares se cierran ordinariamente pronto. Numerosos ejemplos, observados en las últimas guerras, han suministrado la prueba de esta marcha de las lesiones pulmonares. Pero para que esta marcha sea tan favorable es preciso que la herida no se infecte, y en este punto es donde el progreso ha sido más evidente.

Recientes investigaciones han demostrado que, en general, los proyectiles no llevan á la herida gérmenes infecciosos, y que principalmente en las heridas penetrantes de pecho el proyectil puede permanecer, en elestado de cuerpo extraño, aséptico.

La mayor parte de los heridos atacados de lesiones pulmonares y que quedan en el campo de batalla sucumben á la hemorragia, y los proyectiles de cierto calibre que determinan fracturas de las costillas con esquirlas pueden producir graves lesiones vasculares.

Los proyectiles de pequeño calibre, y sobre todo las balas de revólver, producen lesiones menos peligrosas; de 22 heridas de pecho por armas de fuego que el autor ha observado en los diez últimos años en su clínica, una sola terminó fatalmente. De las cifras suministradas por las antiguas guerras resulta que la mortalidad en esta clase de heridas se elevaba del 60 al 70 por 100. Evidentemente el peligro es menor con los modernos proyectiles acorazados y de pequeño calibre.

Según von Coler y Schjerning, la mortalidad no pasa del 12.5 por 100. En la guerra Sud-africana, algunos heridos de este género han vuelto á las filas después de un corto período de tratamiento; se explica este hecho porque dichas heridas tienen un trayecto liso, sin grandes desgarramientos, y los orificios de entrada y salida están poco expuestos á los peligros de la infección.

Los *síntomas* objetivos de las lesiones pulmonares por disparos

de armas de fuego son poco aparentes; de ordinario se comprueban los signos de un hemotórax; en los 22 casos citados se observó este signo; el pneumotórax es más raro, y á menudo ha desaparecido cuando se examina al herido; por el contrario, el enfisema subcutáneo se observa con bastante frecuencia.

Antes las lesiones pulmonares tenían un pronóstico mucho más grave, no tanto por la lesión en sí misma, sino por las consecuencias provocadas por la infección, que tanto era de temer. Con frecuencia iban seguidas de supuración, ya localizada alrededor de los cuerpos extraños, ya produciéndose bajo la forma de empiema ó de absceso circunscripto. En nuestros días tal complicación sólo se presenta excepcionalmente, y este resultado es debido, más que á las propiedades menos nocivas del proyectil, á la manera de tratar las heridas.

Hoy, en efecto, nos abstenemos de explorar la herida con el dedo ni la sonda; después de la limpieza de la piel circunvecina se procede á la curación, que no se renueva en muchos días. Se recomienda al herido reposo y silencio, y cuando hay dolores vivos se administra la morfina. Es raro que haya necesidad de intervenir; sólo en los casos de compresión del pulmón por un hemotórax abundante, ó en los casos de pneumotórax ó de enfisema excesivo. Es siempre difícil determinar el vaso origen de la hemorragia, ya sea la mamaria interna ó la intercostal; únicamente los indicios graves de compresión decidirán si se ha de intervenir, ya por la punción, ya por la incisión. Sólo en estos últimos tiempos se ha tratado de cohibir directamente las hemorragias intra-torácicas poniendo al descubierto el punto lesionado del tejido pulmonar. (Michaux, Juffier, Amboni).

C. I. DE ALARCÓN.

---

## Prensa y Sociedades médicas

**Suero de Trunececk.**—Se habla mucho en la actualidad del suero de Trunececk, del que se cuentan maravillas; se dice que mejora los arterio-esclerosos y aumenta la capacidad auditiva en las otitis esclerosas. También ha curado un caso de aneurisma de la subclavia.

El Dr. Marklen ha querido experimentarlo, y refiere el resultado de sus observaciones. Según él, este suero es tan impotente como cualquier otro tratamiento contra las lesiones esclerosas y aterosomas de las arterias; pero tiene, al parecer, una acción real sobre los trastornos subjetivos que son su consecuencia. Se le puede considerar como un medicamento tónico, aplicable sobre todo á la astenia y á la hiperexcitabilidad, que en los arterio-esclerosos dependen de las alteraciones nutritivas de ciertas partes del sistema nervioso. Sus resultados son bastante comparables á los que produce la inyección del líquido orquídeo según el método de Brown-Séquard.

El suero de Trunececk atenúa ó suprime la disnea de esfuerzo y las crisis de asma de los arterio-esclerosos. Según el Dr. Marklen, tiene este medicamento cierto valor y puede prestar buenos y positivos servicios.

En la sesión del 6 de Junio, el Dr. Leopold-Levi relata numerosos casos tratados por él con este suero, y llega á las siguientes conclusiones:

El número de resultados, ya remotos, referentes á enfermos tratados por el suero de Trunececk por espacio de cinco ó diez meses, demuestra que el efecto de la medicación no es exclusivamente transitorio.

¿El suero, obra únicamente administrado en inyecciones hipodérmicas? Leopold-Levi relata cuatro casos que hablan en favor del método de administración por enemas. Los enemas son de suero puro, sin mezcla de agua, á la dosis de 5 á 40 centímetros cúbicos.

Las inyecciones y los enemas constituyen métodos de excepción. El Dr. Leopold-Levi ha substituído el suero por la fórmula siguiente:

Cloruro de sodio.....	10 gramos.
Sulfato de sosa.....	1 „
Fosfato de cal.....	} áá 0'40 „
— de magnesia.....	
Carbonato de sosa.....	
Fosfato de sosa.....	0'30

Mézclese y divídase en 12 sellos, de los que se tomará uno por la mañana en ayunas, una hora antes del almuerzo, con una cucharada de agua.

Con este polvo mineral ha mejorado un caso de paraplegia espasmódica incompleta, una hemiplegia espasmódica incompleta, una claudicación cerebral que simulaba la parálisis general, una cefalea tenaz que tenía tres años de duración, dos enfermos afectos de zumbido en los oídos y uno que sufría insuficiencia aórtica con crisis de disnea nocturna.

Comparando tres observaciones, dice que, según los casos, el polvo ó las inyecciones deben ser preferidos. Algunas veces uno de los tres modos de administración de las sales del suero es igualmente aplicable.

(*Gacét. des Hopitaux*).

\*  
\* \*

**Investigación de la albúmina en la orina.**—M. F. C. Fuhs ha dado un procedimiento para demostrar la presencia de la albúmina en la orina, fundándose en la propiedad que tiene el ácido fénico de coagularla. Consiste en verter en un tubo de ensayo 2 cc. de una mezcla, á partes iguales, de ácido fénico y glicerina; se añade después 2 cc. de orina previamente filtrada, y se agita. Si el líquido permanece transparente, es que no hay albúmina; pero por poca albúmina que contenga, se ve aparecer una nube opalina que persiste sin dar lugar á precipitado. Esta reacción permite descubrir la presencia de 1 por 100 de albúmina. Quiriendo M. Fuhs comprobar la reacción, la ha verificado en orinas en las que por otros procederes se había visto no tenían albúmina, no presentándose en estos casos la opalinidad. Este método tendrá, pues, la ventaja de que la mezcla glicero-fenicada es de un uso más cómodo que el ácido nítrico.

(*Med. Record*).

\*  
\* \*

**El sueño.**—Los Dres. Sante de Sanctis y U. Neyroz han publicado un interesante artículo en la *Psychological Review* del mes de Mayo último, sobre la profundidad del sueño en individuos normales y en psicópatas. Observadores anteriores han empleado excitaciones auditivas ó sonidos de cierta altura para determinar la profundidad del sueño, del que el observado podía ser despertado. Este es el procedimiento adoptado por Koheschütter, Michelson y otros.

De Sanctis y Neyroz han empleado el método de los estímulos táctiles y de presión, usando con este objeto estesiómetros de puntas, ya romas, ya agudas, cuya presión podía regularse de una manera exactísima hasta el punto necesario para producir el despertar.

Las experiencias hechas en cada persona duraron más de seis meses consecutivos; hiciéronse á horas diferentes y en noches sucesivas ó irregularmente alternantes.

Cuatro de los individuos estudiados eran normales; cinco, psicópatas, afectados de alguna forma de desorden del sistema nervioso.



Como resultado de muchos miles de observaciones separadas, cuidadosamente comparadas y gráficamente representadas en la forma de «curvas del sueño», se ve que la profundidad máxima se alcanza en la hora y media de conciliar el sueño y, por lo general, en la tercera hora y media, después de cuya época la curva se hace cada vez más baja.

Más tarde se observan oscilaciones horarias en la profundidad del sueño, con un máximo y un mínimo; pero, en total, la curva desciende hasta que ocurre un nuevo sueño profundo.

Este «profundizamiento secundario» dura casi hora y media, y ocurre en el período medio de la duración total del sueño.

En los cinco individuos enfermos, la profundidad del sueño ha sido mucho mayor que en los normales. Entre estos enfermos se contaban tres epilépticos, un paralítico y un «degenerado» ó enfermo de debilidad de espíritu.

También han comprobado, en contra de la opinión general, que hace de sueño muy liviano é inquieto á los epilépticos y neuróticos; que el sueño es muy pesado en la mayoría de los epilépticos (60 por 100), que presentan los síntomas clásicos del gran mal.

Las curvas del sueño difieren mucho más entre las anormales que entre las normales. En el curso de las investigaciones se ha encontrado también que los ensueños se producen en todos los períodos del sueño, pero que son más frecuentes y vívidos en las últimas horas, especialmente al entrar la madrugada.

La «actividad de ensueño» de los psicópatas se ha mostrado inferior en comparación con la de los normales, lo mismo que menos marcado y definido el recuerdo de ellos.

(*La Sem. Méd. de Buenos Aires*).

\*  
\*\*

**Síntoma de Babinski.**—El *Dr. Gayarre*: Hasta hace muy poco tiempo, todos los tratados de Neuropatología afirmaban como cosa indudable que cuando se excita la planta del pie (con un alfiler, con el mango del martillo, etc.), los dedos se doblan dorsalmente, esto es, se extienden. A Babinski corresponde el mérito de haber demostrado que no es así y de haber deducido de los reflejos plantares datos semeiológicos de mucho interés.

En un artículo que publicó en 1898 en *La Semana Médica*, demostró Babinski que si se excita la planta del pie de un adulto sano, todos los dedos se doblan con rapidez en sentido plantar, esto es, se obtiene un movimiento de flexión. Pero en los hemipléjicos de causa orgánica, la misma excitación determina no la flexión, sino la extensión de todos los dedos y muy principalmente del gordo. Según Babinski esta inversión del reflejo (que se conoce generalmente con el nombre de síntoma de Babinski) es debida á la lesión de la vía piramidal, y, por consiguiente, puede servir para hacer el diagnóstico diferencial, muy difícil en ocasiones, entre la hemiple-

gia histérica y la orgánica. En todos los niños recién nacidos hay extensión de los dedos, esto es, síntoma de Babinski, que, según este autor, se explica porque en esta edad la vía piramidal está todavía sin mielinizar.

Los datos y observaciones de Babinski han sido confirmados, en su parte fundamental, por la mayor parte de los autores. Así, por ejemplo, Oppenheim, que en la segunda edición (1898) de su excelente *Lehrbuch der Nervenkrankheiten* exponía la opinión antigua corriente, en la tercera edición (1902) estudia muy bien el síntoma y manifiesta su conformidad con Babinski. Déjerine lo analiza también en su *Semeiología del sistema nervioso*, que es actualmente el mejor libro en su género. En cambio, Obersteiner y Redlich, autores de la parte correspondiente á las enfermedades de la médula en el *Tratado de Medicina de Ebstein*, no le dedican más de tres líneas, tratándole con desdén, injustificado á mi juicio.

El síntoma de Babinski ha sido muy estudiado. En estos cuatro años últimos se han publicado más de 50 trabajos concernientes á él. Citaré sólo los más importantes, que son los que he consultado: Babinski (*La Semana Médica*, 1898); M. Cohn (*Neurologisches Centralblatt*, 1899); Schüler (*idem id.*); W. König (*Archiv. für Psychiatrie*, 1899); Pastrovich (*Monatschrift für Psychiatrie*, 1900); Schneider (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1901); Homburger (*Neurol. Centr.*, 1902); Böttinger (ref. en *Neurol Centr.*, 1902).

Yo he examinado este síntoma en más de 100 enfermos del sistema nervioso (ahora lo buscamos sistemáticamente en todo caso), y como todavía es poco conocido y hemos tenido ocasión de examinar la médula en algún enfermo en que existía el síntoma, me parece oportuno decir algo acerca de él.

El modo de explorarlo es sencillísimo: se frota, como hemos dicho, la planta del pie, de preferencia junto al borde externo, teniendo cuidado de sujetar el pie por el dorso, para evitar los movimientos de huida provocados por la excitación.

En el individuo sano, esta excitación determina la flexión bastante rápida de todos los dedos, principalmente de los cuatro últimos, y al mismo tiempo la contracción del músculo de la fascia lata (alguna vez he visto cruzada esta contracción). Si no se sujeta el pie, huye de la excitación, se extiende y adduce; la pierna se dobla sobre el muslo, y éste se adduce y dobla sobre el abdomen. Este movimiento reflejo tiene todos los caracteres que Rosenbach atribuye á los reflejos cutáneos, opuestos á los de los reflejos tendinosos. Según este autor, los reflejos cutáneos tienden á disminuir la superficie del cuerpo (los miembros se aplican al tronco, el testículo sube y tiende á introducirse en el conducto inguinal, el cremáster se arruga, los músculos abdominales se contraen, etc.), y, como todos los movimientos verdaderamente reflejos, tienen utilidad para el organismo. (Esta utilidad es muy dudosa en muchos casos). Los tendinosos, al contrario, consisten principalmente en movimientos de extensión (el rotuliano, el del triceps braquial, etc.), que

alejan del tronco la parte correspondiente (el del tendón de Aquiles, que es de flexión plantar, produce también este efecto), y no se les puede atribuir finalidad alguna en el sentido de Rosenbach. En rigor no se sabe aún si son verdaderos reflejos.

Si en un hemipléjico por hemorragia cerebral se excita del modo dicho la planta del pie del lado paralizado, se ve en la inmensa mayoría de los casos que todos los dedos, y sobre todo el gordo, se extienden lentamente casi siempre. Este movimiento lento del dedo gordo recuerda la contracción muscular perezosa, característica de la reacción de degeneración muscular. Hay que tener presente que este reflejo, como en general los cutáneos, se cansa pronto, y entonces aparece confuso ó no se produce. Durante la exploración debe distraerse la atención del enfermo.

Según Babinski este síntoma existe siempre que hay lesión de la vía piramidal y también en la intoxicación estrícnica. Es normal en los niños recién nacidos. Por regla general va acompañado de síntomas espasmódicos (exaltación de reflejos tendinosos, clonus del pie, etc.)

Como ya he dicho, las observaciones de Babinski han sido confirmadas por casi todos los autores que han estudiado este asunto. König ha observado este síntoma en muchos casos de hemiplegia infantil, pero en muy pocos de paraplegia cerebral infantil confirmada en la autopsia. Sabido es que en algunos de estos casos hay degeneración piramidal. Collier lo ha observado en 38 epilépticos inmediatamente después del acceso; König en algunos de demencia parálitica, y en uno en el coma epiléptico.

Inútil es decir que se han propuesto varias hipótesis para explicar este síntoma. Todas atribuyen la inversión del reflejo á la alteración de la vía piramidal. Babinski supone que en esta vía marchan las fibras inhibitoras de los movimientos de extensión y las excitadoras de la flexión, y, por tanto, cuando degeneran no se puede producir sino la extensión. Tal hipótesis no tiene fundamento serio, puesto que en rigor las funciones de la vía piramidal son aún poco conocidas.

Schneider imagina la explicación siguiente: el reflejo plantar normal es un reflejo mixto, en el sentido de Jendrássik, esto es, está constituido por un componente cerebral cortical y otro medular, que pueden aislarse en ciertas condiciones. Si en un individuo normal se excita suavemente la planta del pié, se obtiene flexión de los dedos (componente cortical); si la excitación es intensa, en extensión (componente medular), combinadas siempre ambas con flexión del pie, rodilla, muslo, etc. Por lo tanto, el síntoma de Babinski debe presentarse siempre que se altere la corteza cerebral ó se interrumpa su comunicación con los músculos del pie (lesión de la vía piramidal, intoxicación estrícnica, acceso y coma epilépticos, etc.) Existe en el recién nacido porque la corteza está incompletamente formada.

Según Schneider en rigor no es indispensable la interrupción

piramidal, sino la de un haz especial destinado á los extensores de los dedos.

Homburger supone que el «Babinski» es un reflejo tálamo-espinal; para que se presente el síntoma es indispensable que el tálamo esté sano (en un caso en que no lo había encontrado una hemorragia abierta en el ventrículo y el tálamo destruído). Explica la extensión de los dedos suponiendo que en la hemiplegia orgánica no se paralizan los extensores.

Casi todos los casos observados por mí eran de hemiplegia. En casi todos ellos existía el síntoma más ó menos claro (Panault lo encontró en el 85 por 100 de los casos). Algunos casos merecen mención especial: Primero. El de tumor de la cauda espina, que presenté en la sesión del 5 de Mayo: había en él paraplegia dolorosa y degenerativa, pero no se encontró Babinski. Esto demuestra que la lesión de los nervios periféricos no basta para producirlo. Segundo. Un hombre hemipléxico desde hacía treinta días, con todos los síntomas de la hemorragia cerebral (hemiplegia derecha con afasia, reflejos cutáneos casi nulos en el lado sano, vivos en el sano, cremastérico muy marcado, Babinski muy claro en el lado derecho). A los cuarenta días se repitió el ataque apoplético y el enfermo murió á los tres días. En la autopsia se encontró un quiste hidatídico, del tamaño de un huevo de gallina, en la superficie de la zona motriz izquierda, que no tenía alteración alguna, sino únicamente estaba comprimida por el quiste. Había otros dos quistes menores en la corona radiante del lóbulo frontal. Ninguno de ellos se había perforado en el ventrículo. Examinada la médula por el método de Marchi, que es el reactivo más fino de las degeneraciones nerviosas no muy antiguas, no se encontró ningún indicio de degeneración de la vía piramidal ni de ningún otro haz. Esto demuestra que la degeneración piramidal no es condición necesaria para que se produzca el síntoma. Todo el síndrome de este caso era exactamente el de la hemorragia cerebral; la autopsia demostró, como se ha observado en muchas neoplasias intracraneales, que una lesión de evolución lenta puede manifestarse sólo por síntomas de apoplejía. No había dolor de cabeza; la parte de bóveda craneal y de dura madre correspondientes estaban sanas. Tercero. Dos casos del mal de Pott con paraplegia no espástica, anestesia, trastornos vesicales, etc. En ambos, Babinski evidente en ambos lados. Por tanto, el síntoma no va necesariamente acompañado de fenómenos espasmódicos. Cuarto. Un caso de parálisis espinal, espasmódica, sífilítica (paraparesia, trastornos urinarios, sensibilidad normal, exaltación de reflejos tendinosos), en que era evidente en ambos lados. Quinto. Un diabético joven, demacrado, Babinski en ambos lados, en el izquierdo sólo en el dedo gordo, reflejo rotuliano muy débil. Sexto. En dos casos de ciática faltaba. Séptimo. El reflejo era normal en un caso de esclerosis en placas (nistagmus, anastría, paraparesia, monoparesia del brazo izquierdo, exaltación de reflejos tendinosos en los miembros inferiores y en el brazo izquierdo). Esto indica que no basta

una lesión medular cualquiera para producir el síntoma. Octavo. He tenido ocasión de explorarlo en tres casos durante el acceso epiléptico. No lo encontré en ninguno, contra lo que debía esperarse, según la teoría de Schneider. Noveno. Faltaba también en tres casos de tabes dorsal.

En resumen; puede decirse que el síntoma que nos ocupa existe en casi todas las hemiplejias y paraplejias orgánicas, y puede servir para distinguirlas de las funcionales. Este diagnóstico no es fácil; en muchos casos hay que apelar á todos los medios disponibles. De paso mencionaré un signo que, según el mismo Babinski, es característico de la hemiplejia orgánica. Si estando el hemipléjico echado en la cama se le hace incorporar y sentarse en ella sin apoyarse con las manos, se ve que el talón del miembro sano sigue aplicado á la superficie de la cama ó se separa muy poco de ella, mientras que el del lado parésico se levanta mucho más si la parálisis es orgánica, pero lo mismo que el sano si es funcional. El método de Sommer, que consiste en averiguar el tiempo de latencia de los reflejos tendinosos (completamente distinto, según este autor, en ambas clases de parálisis), no puede aplicarse, por ahora, en la clínica.

El síntoma de Babinski es, por lo tanto, un signo más que no tiene valor absoluto, como no lo tiene ningún síntoma. Pero si se le busca sistemáticamente en todos los casos, se adquiere la convicción de que es útil para el diagnóstico.

En algunos casos de hemorragia cerebral se encuentra Babinski bilateral. Homburger supone que éste es signo fatal, porque indica que la sangre se ha derramado en los ventrículos. No siempre es así. Yo he visto un caso de hemorragia cerebral reciente con Babinski en ambos lados; pero á los pocos días desapareció el del lado sano y persistió sólo el del paralizado, y la hemiplejia siguió su curso ordinario. Esta aparición transitoria del síntoma en el lado sano no puede explicarse por ahora satisfactoriamente; hay que recurrir á las mismas hipótesis que se proponen para explicar la paresia transitoria de la pierna del lado sano, y que no podemos estudiar aquí porque, en realidad, corresponden al problema de la hemiplejia, cada vez más intrincado y más interesante. (Hipótesis de Pitres, de Rothmann, de Broadbent, etc.)

¿Qué relación hay entre el síntoma de Babinski y los síntomas espasmódicos, principalmente las contracturas? Se puede afirmar que no está indisolublemente ligado á ellos. En un caso le he visto aparecer al día siguiente de la hemorragia, cuando no había aún el menor signo espástico, y en otro existía claramente después de haber desaparecido las contracturas y no quedaba más que una paresia insignificante. Se puede, pues, suponer por ahora, que el síntoma que nos ocupa es el reactivo clínico más delicado de la alteración de la vía piramidal. La relación entre la contractura y la vía piramidal aparece también cada vez más embrollada, al menos en los animales superiores. En el mono, según los experimentos de Roth-

mann y otros, la sección de las pirámides no determina espasmos, ni contracturas, ni exaltación de reflejos, si desde el principio se imprimen movimientos pasivos al miembro paralizado. Este resultado contradice rotundamente las ideas dominantes en la actualidad respecto de la contractura. Si fuera aplicable á la especie humana, sería de transcendencia terapéutica muy grande.

Por último, debe explorarse el síntoma de Babinski en los paralíticos generales. En ellos debe existir por dos motivos: por la alteración cortical (con arreglo á la hipótesis de Schneider), y porque, como ha demostrado Starlinger (*Monatschrift f. Psychiatrie*, Enero 1900), en la demencia paralítica degenera la vía piramidal.

(*Acad. Méd.-Quirúrg. Española*).

\*  
\*  
\*

**La parafina en las deformaciones nasales.**—Dorome refiere en el *British Medical Journal* dos casos de nariz en forma de silla de montar, tratados por inyecciones subcutáneas de parafina. La deformidad en ambos casos seguía á ulceración sifilítica del tabique. Se esteriliza la parafina y se mantiene líquida á la temperatura de 40° C. La nariz se esteriliza y se conserva caliente con esponjas secas calientes, y se inyecta la parafina fundida con una jeringa de suero, cuya aguja se mantiene caliente por una corriente eléctrica. Por presiones en la nariz se va reuniendo el líquido en la región nasal y moldeándose á medida que se enfría. En un caso se inyectaron dos dracmas y en otro una, debajo de la piel. Inmediatamente después de la inyección la piel se pone blanca y lustrosa, después roja, y por fin estos aspectos desaparecen gradualmente sin dolor ni síntomas de reacción.

En el *New York Med. Journ.*, Harmon Smith explicó su método. Usa previamente 5 gotas de solución de cocaína al 4 por 100. Emplea la parafina fundida á 46° C.; llena la jeringa, expulsa el aire y la sumerge en agua caliente á 49° C. Introduce la aguja debajo de la piel, buscando el sitio de la mayor deformidad, y con el pulgar é índice izquierdos va moldeando la parafina, que permanece plástica durante medio minuto.

(*Rev. de Esp. Méd. de Madrid*).

\*  
\*  
\*

**La fiebre ganglionar.**—Esta enfermedad, descrita sin denominación por Filatow en 1885, en sus lecciones clínicas, ha sido clasificada después como forma morbosa por Pfeifer. Sin embargo, muchos autores, especialmente franceses, piensan que no se puede considerar como una variedad nosológica autónoma. No opina lo mismo el Profesor V. Korsakov, que da de ella (*Klin. Journal*) la descripción siguiente:

La fiebre ganglionar es más frecuente en los niños que en los adultos, pero es excepcional antes de los dos años (esto no obstante, el autor ha observado un caso en un niño de seis meses), y, con corta diferencia, ataca por igual á los dos sexos. Los niños mal nutridos son, al parecer, con más frecuencia atacados. La estación

fría predispone á la misma, y no es raro observarla en muchos niños de una misma familia. Reina de una manera especial en ciertos años más que en otros.

La duración del período de incubación es poco conocida, y es, al parecer, de cinco á quince días. Se trata de una infección local glandular; la puerta de entrada ha sido un punto cualquiera nasofaríngeo. La naturaleza de la infección es todavía poco conocida.

El autor ha encontrado en 8 casos un estreptococo en la faringe. Se han observado también casos de fiebre ganglionar en familias en que había otros enfermos de angina con estreptococos. El autor ha observado también formas de transmisión entre estas dos afecciones (lesión poco marcada de la faringe é hipertrofia notable de los ganglios).

La orina, examinada por Korsakov, desde el punto de vista bacteriológico, en 5 muchachos que habían tenido complicaciones renales, ha sido estéril dos veces, y contenía estreptococos en los otros 3 casos. En un enfermo que ha fallecido de fiebre ganglionar, el autor ha encontrado estreptococos en los ganglios del cuello, la sangre del corazón con vísceras en cultivo puro, en simbiosis con el colibacilo en los ganglios mesentéricos.

Los experimentos hechos con el objeto de producir la fiebre ganglionar en animales, por medio de la inyección del estreptococo hallado en estos enfermos, han sido estériles.

Aun admitiendo que la *grippe* pueda algunas veces dar lugar á un complejo sintomático análogo, el Dr. Korsakov no cree por ello poder negar á la fiebre ganglionar una existencia autónoma á título de enfermedad *sui generis*. Es posible que pueda ser ocasionada por otros microorganismos, pero de momento se puede describir la forma estreptocócica, que es la que hasta el presente hemos visto.

La complicación renal no es rara, y esta nefritis será análoga á la nefritis escarlatínosa; además, para el autor hay analogía entre la fiebre ganglionar y los bubones escarlatinosos, debiendo hacer constar que en la primera no hay supuración de los ganglios. Quizás el mismo microbio que ocasiona la nefritis y adenitis post-escarlatinosas, puede, en ciertas condiciones, penetrar en el organismo sin escarlatina previa y producir entonces la fiebre ganglionar.

El diagnóstico de la enfermedad es bastante fácil, y el pronóstico, en la inmensa mayoría de los casos, es favorable; la terminación fatal es excepcional.

El tratamiento debe consistir en el aislamiento del enfermo; si hay fiebre, permanencia en la cama, como también en los casos en que hay nefritis que complique la lesión ganglionar.

Si la hipertrofia de los ganglios es voluminosa, se recurrirá á las cataplasmas y á las fricciones sedantes. El tratamiento es, por lo general, sintomático.

(*La Médecine scientifique*).



## SECCION PROFESIONAL

### ESTADÍSTICA SANITARIA

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que por el Depósito de la Guerra se lleve á cabo la impresión y venta de los documentos de estadística sanitaria que no se refieran exclusivamente al servicio de hospitales militares, y cuyos modelos se hallen comprendidos entre los que acompañan á la Real orden circular de 17 de Octubre último (C. L. núm. 238). Es asimismo la voluntad de S. M. que los Cuerpos y dependencias militares satisfagan el importe de los impresos que necesiten para la estadística sanitaria con cargo al fondo de material respectivo, debiendo dirigir oportunamente los pedidos al expresado Depósito.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Diciembre de 1902.—Linares.—Señor.....»

\*  
\*\*

### MEDALLA DE ALFONSO XIII

«Circular.—Excmo. Sr: Por Real orden de la Presidencia del Consejo de Ministros, de 18 del actual, se amplía hasta el día 31 de Enero de 1903 el plazo señalado en el artículo 4.º del Real decreto de dicha Presidencia de 19 de Junio último, que finó en 1.º de Octubre siguiente, por el cual se dispuso que los que desearan obtener la medalla denominada de Alfonso XIII lo solicitaran dentro del indicado período; y considerando conveniente la referida Presidencia prorrogar aquel plazo para que todos los que tengan derecho á disfrutar la mencionada condecoración conmemorativa de tan fausto acontecimiento puedan solicitar la gracia concedida, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que por los respectivos Capitanes Generales, Comandantes generales y demás centros se eleven á este Ministerio, en duplicadas relaciones nominales, las propuestas de los Generales, Jefes, Oficiales, clases é individuos de tropa y sus asimilados que por reunir las circunstancias prevenidas en el artículo 2.º del citado Real decreto lo soliciten, siendo al propio tiempo la voluntad de S. M. que las relaciones propuestas cursadas por dichas autoridades á este Ministerio con fecha posterior al 1.º de Octubre último, en que finó el plazo señalado, se consideren comprendidas en la presente circular.



De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 30 de Diciembre de 1902.—Linares.—Señor.....»

\*  
\*\*

## DESTINOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Con objeto de resumir en una sola las diversas disposiciones que existen sobre destinos de Jefes, Oficiales y sus asimilados á las islas Canarias, Baleares y á las posesiones del Norte de África; y á fin de establecer en este particular un sistema uniforme para todas las Armas y Cuerpos del ejército, introduciendo al propio tiempo las modificaciones que la experiencia aconseja y que el interés del servicio reclama, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver que en lo sucesivo se observen las reglas siguientes:

1.<sup>a</sup> La provisión de los destinos vacantes de Jefes, Oficiales y sus asimilados en las Canarias, Baleares, Melilla y Ceuta se verificará, en primer término, con el personal que lo solicite, y en caso de no haberlo se destinará al que ocupe el último puesto en la escala de su clase el día 1.<sup>o</sup> del mes en que se disponga cubrir la vacante.

Para el destino de Oficiales subalternos de la última categoría en cada Arma ó Cuerpo, se seguirá el procedimiento de destinar alternativamente el último del segundo tercio y el último de la escala.

2.<sup>a</sup> Si el Jefe ú Oficial á quien corresponda cubrir alguna de las vacantes de que se trata, estuviera el día 1.<sup>o</sup> del mes en que esto haya de verificarse en algunos de los casos ó situaciones que á continuación se expresan, se prescindirá de él y será destinado el que se halle inmediatamente delante en la escala, hasta llegar á uno que no resulte exceptuado.

Estas excepciones serán:

- (a) Los que sean Senadores ó Diputados á Cortes.
- (b) Los Ayudantes de S. M.
- (c) Los agregados militares en el extranjero.
- (d) Los alumnos de la Escuela Superior de Guerra.
- (e) Los que estén en la situación de reemplazo por enfermo, por heridas recibidas en campaña ó por virtud de procesos ó medida gubernativa.
- (f) Los de reemplazo voluntario que llevaran en esa situación más de dos meses, contados desde el día que se produjo la vacante.
- (g) Los supernumerarios sin sueldo, con igual antelación de dos meses á la fecha de la vacante.
- (h) Los que tengan sus destinos en cualquiera de las referidas islas ó plazas.

(i) Los que ya hubieran prestado sus servicios en aquellos puntos, en el empleo inferior, durante el tiempo reglamentario.

3.<sup>a</sup> En el caso de tener que cubrir varias vacantes en el mismo mes, se destinará el más moderno al primer destino que hubiera resultado vacante, y los demás por orden ascendente en la escala.

Si las vacantes hubiesen ocurrido en una misma fecha, se adjudicarán en el propio orden ascendente, primero las de Canarias y sucesivamente las de Baleares, Melilla y Ceuta.

4.<sup>a</sup> Se exceptúan del procedimiento indicado en las dos anteriores reglas los mandos de Cuerpos y destinos de primer Jefe de dependencia que exijan la resolución de S. M., los cuales serán siempre de libre elección.

5.<sup>a</sup> Los Jefes, Oficiales y sus asimilados que sean destinados en adelante, en cualquier concepto, á las islas Canarias, Baleares y á las plazas del Norte de África, habrán de permanecer allí dos años como mínimo y seis como máximo.

6.<sup>a</sup> Los destinados á dichos puntos podrán, después de incorporarse, solicitar el pase á las situaciones de reemplazo ó supernumerario sin sueldo, en las mismas condiciones que los de su clase en la Península; pero al volver á activo irán precisamente á cumplir el plazo mínimo de permanencia cubriendo la primera vacante que ocurra en el punto donde solicitaron su cambio de situación, aun cuando hubieran ascendido al empleo inmediato, y en tal caso reintegrarán el importe del primer pasaje de ida, y abonarán el de regreso á la Península como consecuencia de su pase á situación de reemplazo ó de supernumerario.

7.<sup>a</sup> Extinguido el plazo mínimo de dos años, los Jefes y Oficiales de que se trata podrán solicitar su relevo, bien para regresar á la Península ó para ir á otro de los referidos territorios, dándoseles destino de plantilla, siempre que esto fuere posible, ó en caso contrario quedando en situación de excedencia en el punto que elijan.

También podrán solicitar el regreso á la Península ó el cambio de destino, expresando su deseo de aguardar en su puesto una vacante en destino de plantilla.

8.<sup>a</sup> Para la extinción de los plazos de permanencia sólo se computará el tiempo efectivo de residencia.

9.<sup>a</sup> Quedan derogadas las Reales órdenes de 26 de Enero de 1886, 30 de Julio de 1896, 29 de Noviembre de 1901 y 15 de Marzo y 25 de Abril de 1902, y las demás que se opongan á lo prevenido en la presente disposición, que comenzará á regir desde 1.<sup>o</sup> del actual, aplicándose á las vacantes que se produzcan desde dicho día en adelante.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines corres-

pondientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Enero de 1903.—Linares.—Señor.....»

---

## VARIEDADES

---

MONUMENTO NACIONAL.—Como tal está considerada la labor científica del que fué gloria de la Medicina española y sabio Catedrático de la Universidad Central, D. Pedro Mata.

Su *Tratado teórico-práctico de Medicina legal y Toxicología* ha sido el primero en el mundo, y el único en España, que durante el último tercio del pasado siglo llenó de una manera completa todas las necesidades propias de las materias de que se ocupa, y todo el que lo consultó encontró satisfecho su deseo y pudo cumplir con el sagrado deber de ilustrar á los Tribunales de justicia.

Tales raíces echó este convencimiento de su valor científico en Abogados, Jueces, Magistrados y Médicos, que, transmitiéndose de unos á otros por espacio de cuarenta años, llegó al extremo de agotar cinco numerosas ediciones, haciendo años que no es posible encontrar un ejemplar.

Ante estas manifestaciones de los viejos partidarios de la obra de Mata, que nunca pensaron, ni entraba en sus cálculos, que tal libro pudiera hacerse antiguo, ellos impertérritos en esta creencia y los jóvenes con el deseo de satisfacer su curiosidad, aumentaron los pedidos. Mas viendo fallidas sus esperanzas por carencia absoluta de ejemplares, dirigieron sus ruegos á los herederos del Sr. Mata, sus hijos, quienes haciendo presente los deseos de los admiradores de la obra magna de su señor padre á los editores de la misma, Sres. Bailly-Bailliére é hijos, coincidieron en que, si la obra del Sr. Mata era insustituible, sin embargo, la ciencia y la *Gaceta* podían haber explicado ó aclarado algunos conceptos, y sería muy conveniente hacer una refundición que llenara por completo el fin para que era destinada. Aceptada la tirada de la nueva edición y encargada su refundición á dos ilustres Médicos del Cuerpo forense, D. Eduardo Lozano Caparrós y D. Adriano Alonso Martínez, una vez cumplida tan penosa labor entregaron la refundición á los editores, los cuales acaban de poner á la venta el primer tomo, de que nos proponemos dar ligera idea, puesto que de alabanzas no necesita.

Empieza con un magnífico prólogo, en el que se exponen los caracteres de la Medicina legal, el conjunto de sus diversos conocimientos y su verdadero objeto. Hace un estudio de su definición, clasifica sus cuestiones y da á conocer el plan de su obra. Por último, analiza la importancia de esta ciencia, la necesidad de su estudio por Médicos, Abogados y le-

gisladores, y, haciendo un bosquejo histórico de la misma, termina ocupándose de la institución de los Médicos forenses.

Entrando de lleno en el plan de la obra, empieza con la exposición de los procedimientos médico-legales, ó sea disposiciones consignadas en nuestra legislación y adoptadas por la práctica, servicios y documentos, su redacción, deberes morales y legales de los Peritos y autoridades, y puntos propios que éstas tienen de relación con la Administración de justicia para el nombramiento de Forenses ó Peritos médicos.

Terminada esta primera parte, entra en el terreno puramente científico, con el conocimiento de las cuestiones médico-legales, que divide en dos libros, el primero de los cuales, que comprende las que se relacionan con las personas, se subdivide en dos secciones, á la primera de las cuales corresponden las cuestiones que versan sobre el estado y funciones de los órganos sexuales ó su producto, tales como el matrimonio, delitos de incontinencia ó contra la honestidad, preñez, parto, aborto, partos precoces ó tardíos y superfecundación, materias que abarca este primer tomo.

Como consecuencia del trabajo que suponen veinte años de prácticas forenses del Dr. Caparrós, así como los resultados obtenidos en su estudio del Laboratorio químico judicial por el Sr. Alonso Martínez, todo lo cual ha sido incluido en la obra, esta nueva edición constará de cinco tomos, uno más que las anteriores; pero sus editores, siempre espléndidos, conservan su mismo precio, de 50 pesetas el ejemplar en rústica y 60 encuadernado, que antes tenía.

\* \*

La Real Academia de Medicina de Madrid ha concedido el premio Rubio á los Dres. D. Luis del Río y D. León Corral y Maestre, por sus notables obras: *Tratado de Histología y Lecciones de Patología general* á cuyos ilustrados autores enviamos nuestra entusiasta enhorabuena.

\* \*

Durante el mes de Diciembre próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.111 defunciones, que arrojan un término medio diario de 35'838 y una proporción de 2'100 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1901 hubo 1.694 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 210, de menos de un año; 169, de uno á cuatro años; 77, de cinco á diez y nueve; 155, de veinte á treinta y nueve; 214, de cuarenta á cincuenta y nueve; 286, de sesenta en adelante.

Las principales causas de defunción han sido: tuberculosis pulmonar, 108; bronquitis aguda, 106; pneumonia y bronco-pneumonia, 97; enfermedades orgánicas del corazón, 89; meningitis simple, 78; congestión y hemorragias cerebrales, 58; bronquitis crónica, 47; tumores cancerosos, 42; sarampión, 29; diarrea y enteritis (menores de dos años), 26; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 21; meningitis tuberculosa, 16; fiebre tifoidea, 14; tuberculosis varias, 14; senectud, 12; afecciones puerperales, 10; grippe, 8; debilidad congénita, 7; reblandecimiento cerebral, 6; difteria y crup, 5; coqueluche, 4; suicidios, 4; escarlatina, 3; viruela, 2; otras causas de defunción, 305.