

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVIII

Madrid 15 de Febrero de 1904

Número 400

## TUMORES DE LA LENGUA

Conferencia dada en la Escuela Práctica de Especialidades Médicas, en el curso de 1902 á 1903, por el Médico mayor de Sanidad Militar D. Eduardo Semprúm y Semprúm.

(Conclusión).

Interrogad al enfermo y veréis cómo, por reciente que sea la fecha de su dolencia, os declara en seguida dos síntomas precoces: la aparición de los dolores y un insomnio cruel, tan tenaz y rebelde, que agotará bien pronto todo vuestro repertorio hipnótico y calmante. Sea precoz ó tardío el dolor, es el síntoma que no falta jamás; y no sólo culmina por modo intolerable y con terrible agudeza en el territorio mordido por la neoplasia, sino que irradia á veces con latigazos atroces, fustigando el oído, produciendo esa otalgia intensísima, cuya causa genética desconocemos, y alanceando también las tres ramas del trigémino. Unid á esto el aumento de volumen y la rigidez muscular de la lengua, que, dificultando mucho los movimientos, imposibilitan ó estorban la masticación y la deglución, y hasta privan al desgraciado enfermo del consuelo inocente de expresar sus quejas y sus dolores cuando la infiltración se extiende á todo el suelo de la boca, aprisionando la lengua, rígida é inmóvil, é impidiéndole hablar. Y hay casos en que este lento calvario y este horrible sufrir se agrava con la tortura en que pone al paciente el olor infecto de su boca, haciéndole

inaccesible hasta para sus propios deudos y amigos, citando Verneuil un caso en que un desgraciado enfermo había sido expulsado por su mujer del domicilio conyugal á causa del espantoso olor que exhalaba. Esta dificultad para la alimentación, unida á los eternos dolores, exacerbados por el insomnio, arrastran á la caquexia típica cancerosa, sobreviniendo una demacración rápida, que conduce á la muerte diez, quince ó veinte meses después de iniciada la afección, y esta terminación mortal suele ser muy frecuentemente el desenlace obligado de una pneumonía séptica ocurrida entre accidentes de asfixia y hemorragias incoercibles. Tal es, señores, el pronóstico desolado y sombrío del carcinoma lingual. Cuando el cuadro sintomático es acabado y completo, como este cuya descripción acabamos de hacer, el diagnóstico es fácil; pero cabe en lo posible confundir el epitelioma con otras afecciones que evolucionan localmente en la lengua, dando lugar á ulceraciones. La tuberculosis lingual, cuando va acompañada de induración, puede dejarnos perplejos sobre la naturaleza del caso; pero la tuberculosis ataca preferentemente el dorso de la lengua, en tanto que el epitelioma tiene, como sabemos, su asiento predilecto en la base y en los bordes; la úlcera tuberculosa de extensa superficie, de bordes limpiamente cortados, no sangra al menor contacto, como el carcinoma ulcerado, ni infarta los ganglios submaxilares, y además no es única, sino múltiple, pudiendo presentarse en otros puntos distintos de la mucosa bucal. También la sífilis de la lengua, en cualquiera de sus tres estadios, podrá ser confundida con un epitelioma; pero una observación detenida y atenta no encontrará jamás, ó podrá desechar fácilmente, semejantes motivos de confusión, porque bastará observar durante dos semanas al enfermo para ver la tendencia cicatricial que caracteriza al chancro, é inspeccionar todas las mucosas, el escroto, los grandes labios y las márgenes del ano, donde se hallarán placas mucosas, cuando alguna de éstas, ulcerada en la lengua, haga vacilar nuestro juicio; sólo el goma sífilítico desarrollado profundamente en el espesor de la capa muscular de la lengua merecerá de nuestra parte un

examen muy atento para poder diferenciarle de la ulceración neoplásica epitelial; el goma sífilítico ulcerado tiene sus bordes tallados limpiamente, y no presenta nunca esos mamelones carnosos que bordean el epiteloma y que sangran al menor contacto; además, los ganglios submaxilares permanecen indemnes; y, en fin, el tratamiento mercurial corta toda la cuestión, imponiendo la evidencia con el éxito seguro é indiscutible. No creo tampoco que se preste á confusión la leucoplasia bucal, cuyas placas, blancas y lustrosas, tapizan la cara dorsal de la lengua y la interna de los carrillos.

Cuanto á los otros tumores que pueden confundirse con un carcinoma no ulcerado, como quiera que los hay de dos clases, líquidos y sólidos, deberemos empezar por investigar si existe ó no fluctuación, aunque esta fluctuación se percibe difícilmente á causa de la movilidad y consistencia del órgano explorado. Si existe fluctuación podrá tratarse de un absceso ó de un quiste; en el primer caso, los antecedentes traumáticos inflamatorios ó el estado general diatésico del individuo abonarán la certeza del diagnóstico; si se trata de un quiste, recordaráis que los parasitarios son siempre hidatídicos y anidan en el espesor de los músculos, habiendo penetrado en ellos por una efracción de la mucosa. Los quistes salivales tienen por asiento las glándulas del mismo nombre, repartidas en los bordes, en la cara inferior de la lengua, alrededor de su punta, la base del mismo órgano y la mucosa del surco glosa-amigdalino. Los de origen linfático coinciden casi siempre con la macroglosia ó con el linfangioma, que invade el suelo de la boca. Quédanos, en fin, la última variedad: los quistes del tractus tiro-glosa, verdaderos bocios de la base de la lengua, en los que una punción exploradora fijará el diagnóstico, demostrando, con auxilio del microscopio, la presencia, en el líquido viscoso extraído, de células cilíndricas provistas de pestañas vibrátiles.

Los tumores sólidos que pudieran presentarse son lipomas, fibromas y fibro-sarcomas, sarcomas puros y, finalmente, angio-mas; empero, para diferenciar claramente unas de otras estas afec-

ciones, y todas ellas del carcinoma, basta sencillamente la historia del enfermo, seguir atentamente el curso y evolución del neoplasma, el estado general del paciente y, sobre todo, perseguir la tendencia característica del carcinoma á destruir los tejidos limítrofes y á producir la adenopatía precoz de la región submaxilar, sabiendo que esta adenopatía cancerosa tiene un carácter que no ofrecen las demás, y es el de estar constituida por el infarto de pequeños ganglios aislados, que se deslizan fácilmente unos de otros bajo nuestros dedos. Determinada de este modo la verdadera naturaleza de un tumor de la lengua, sólo falta determinar exactamente el límite de la neoplasia, es decir, comprobar si se hallan afectos los pilares del velo, el suelo de la boca y hasta el mismo maxilar inferior, inspeccionar detenidamente todos los cantones ganglionales, desde el cuello hasta la región supraclavicular y, en fin, averiguar hasta donde se pueda el estado de las principales vísceras, y particularmente el estómago.

Llegamos ahora á la ardua cuestión del tratamiento. No me ocuparé de los tumores benignos, porque todos son abordables por los procedimientos de exéresis ordinarios; sólo del angioma merece decirse que cuando es muy voluminoso su ablación necesita ir precedida de la ligadura de ambas linguales, pero es mejor reducirlos y ahogarlos en varias sesiones de electrolisis, llevando hasta 50 miliamperes la máxima intensidad. Cuanto á los tumores malignos, quedan, como he dicho, reducidos al carcinoma, pues el sarcoma es una excepción rarísima, tanto, que se pone en duda su existencia por la gran mayoría de Cirujanos; yo, de mi parte, he operado también muchos casos, y, naturalmente, he visto muchos más de tumores linguales, y confieso que habiendo hecho preparaciones microscópicas de la mayoría de ellos, nunca me he tropezado con un sarcoma. Pues bien, señores, no estamos del todo indefensos contra los carcinomas de la lengua. Tenemos dos tratamientos de orden manual: uno, meramente paliativo, para los casos inoperables, y otro que tiende á ser curativo, que es la ablación cuando sea lícito hacerla. El tratamiento paliativo con-

siste, ante todo, en una esmerada limpieza y en la desinfección continuada de la cavidad bucofaringea, siendo el mejor colutorio un cocimiento emoliente de raíz de altea en el que se haya hecho hervir ácido bórico, y con el que los enfermos se enjuagarán constantemente, en la avulsión de todos los dientes cariados ó de corona defectuosa que presenten aristas y ángulos vivos y en la prescripción de un régimen alimenticio muy blando y substancioso, echando mano, como precioso recurso contra la inanición, de los enemas nutritivos. El dolor, que á nada cede, podrá ser combatido con la neurotomía del lingual; la disnea asfíctica con la traqueotomía, y la disfagia con el cateterismo permanente, introduciendo la sonda por la nariz; en fin, las hemorragias con la doble ligadura de la lingual y la carótida externa. En cuanto al tratamiento que tiende á ser curativo no hay más que uno: la ablación.

Para practicarla, y si no queréis que una pneumonía por aspiración sea el desenlace mortal, hemos de tener muy en cuenta los tres factores siguientes: Primero. Esmerada limpieza de la boca, atacando con pinceladas de iodo, y en caso necesario con el termo, todos los puntos sospechosos de la cavidad bucal, y particularmente las criptas amigdalinas. Segundo. No operar nunca á ciegas, eligiendo siempre, en armonía con la naturaleza del caso, el procedimiento que ofrezca una vía más ancha con la menor mutilación posible. Y tercero. Recurrir, si es preciso, á una traqueotomía previa que nos permita taponar exactamente con gasa iodofórmica la faringe y la laringe. Cumplidas estas condiciones, toda operación dirigida contra un tumor de la lengua tiene un límite que no se puede rebasar, y este límite lo constituyen los músculos que mueven el suelo de la boca; hay que respetar estos músculos, porque, haciéndolo así, aun cuando extirpemos la lengua entera, quedan la fonación, la deglución y la masticación en un estado funcional aceptable y llevadero. Lo restante del procedimiento operatorio, en su parte electiva, no hay que ir á buscarlo á las obras especiales, que arreglan estas cosas con un pa-

trón oficial; si la enfermedad está en el sujeto, la operación no puede estar en los libros, está, en efecto, en la mente del Cirujano, que traza y dibuja sus principales líneas según la mayor ó menor accesibilidad del foco patológico. Podrá ser la lengua invadida tan suelta y movable, que pueda extirparse por la cavidad bucal, ampliamente abierta y fija con el especulum de Wite. Podrá ser preciso atacarla desbridando el carrillo y seccionando temporalmente el inframaxilar, ó tal vez será más cómodo abrir ancha brecha por la región suprahioidea y hacer salir por ella la lengua para extirparla. Lo esencial es que la extirpación sea completa y facilite sobre todo las operaciones auxiliares que tienen por objeto una enucleación radical de todos los ganglios invadidos y de los puentes linfáticos que se interponen entre éstos y el tumor, ligando previamente ambas linguales y la carótida externa del lado afecto, no ya como hemostasia preventiva, que al fin resulta muy cómoda, sino para prevenir en lo posible la recidiva, suprimiendo en gran parte el abundante riego sanguíneo que le queda al muñón. Así ha sido realizada nuestra última operación en el enfermo que tengo el gusto de presentaros.

HE CONCLUIDO.

---

## Prensa y Sociedades médicas.

---

### **Tratamiento abortivo de la blenorragia por la albargina.—**

*Stordeur:* La albargina es una combinación orgánica estable de nitrato de plata con la gelatina en la proporción 23'6 por 100. Contiene un 15 por 100 de plata aproximadamente. Es un polvo amorfo, voluminoso, muy ligero, de un color amarillo muy pálido. Es soluble en el agua, y las soluciones concentradas recientes tienen un tinte amarillo claro. La disolución en frío se hace muy fácilmente si se tiene cuidado de extenderle sobre la superficie del líquido; se efectúa con más rapidez que la del protargol y la del largín. Existen también en el comercio comprimidos á 0'20 gramos; éstos, pulverizados, se disuelven mucho más lentamente; para corregir esta

lentitud es suficiente añadirles algunas gotas de glicerina después de su pulverización; se mezcla, y solamente entonces se vierte el agua; la disolución se hace inmediatamente. Se puede emplear cualquier clase de agua para hacer la disolución, y aun con aguas muy cloruradas apenas se observa un ligero enturbiamiento.

Las soluciones concentradas deben conservarse en botellas oscuras.

La reacción del medicamento es absolutamente neutra.

Siendo muy potente la acción bactericida de la albargina sobre el gonococo, no es necesario utilizar soluciones concentradas, que son siempre irritantes para las mucosas y van acompañadas de reacción inflamatoria y dolorosa muy viva.

Esta potencia bactericida, unida á la facilidad de su mezcla con los líquidos orgánicos, realiza las condiciones más favorables á la represión de los procesos infecciosos, sin estorbar, sea éste cual sea, la defensa natural del organismo.

Liebbrecht y Bornemann preconizan para las inyecciones intra-uretrales las soluciones á 10 y 20 centigramos por 100, repitiéndolas al principio cuatro ó cinco veces al día, espaciándolas después hasta reducirlas á dos ó tres.

Malejew, de San Petersburgo, utiliza soluciones á 10, 20 y 30 centigramos por 100.

Klotz, de Nueva York, recomienda el empleo de proporciones más elevadas; por ejemplo, 1, 2 y hasta 5 gramos por 100 en inyecciones practicadas por él cada tres ó cuatro días; entre tanto, inyecciones por el enfermo á 0'20 gramos tres veces al día.

Parece difícil al autor fijar de manera precisa una base uniforme que pueda convenir á todos los casos. Cree que vale más dejarse guiar por las circunstancias y la susceptibilidad del enfermo.

Hé aquí la forma que le ha dado los mejores resultados:

El primer día inyección á conducto ocluído, de manera que se distienda bien la uretra, de una solución de albargina que varíe de 0'50 á 0'75 por 100, retenida tres minutos.

El tercer día, si los síntomas se corrigen (orina más clara, menor flujo, meato menos inflamado), el índice de la solución se eleva á 1 por 100; si no, el autor renueva la inyección á  $\frac{1}{2}$  por 100.

La inyección á 1 por 100 se repite el quinto, séptimo y el noveno día; en ciertos casos es necesario todavía alcanzar el índice de  $\frac{1}{2}$  por 100 los días 11 y 13.

Entre tanto, el enfermo se da en su casa, con los cuidados de una limpieza muy minuciosa, inyecciones á 0'20, después á 0'30 por 100.

El tratamiento es realmente bien soportado, y no provoca nunca su empleo la menor complicación.

Es de advertir que cuando llega la serie de inyecciones á 1 y  $1\frac{1}{2}$  por 100 sobreviene un recrudecimiento de la inflamación, con edema prepucial, balánico, flujo más abundante, dolor á la micción, etcétera; pero estos síntomas no duran mucho, y no impiden en modo alguno la curación.

Serán, además, fácilmente evitados si el Médico tiene en cuenta la sensibilidad de su enfermo.

Al finalizar el tratamiento, después de la desaparición de los gonococos, será conveniente utilizar algunas soluciones astringentes, como el sulfofenato de zinc y el nitrato de plata en instilaciones.

Bajo la influencia de este tratamiento se produce rápida mejoría en el estado del paciente, el flujo disminuye y es menos espeso, los dolores desaparecen, los orines se aclaran. Pero lo que es más sorprendente es la destrucción precoz de los gonococos. Basta frecuentemente con una sola inyección para hacerlos desaparecer definitivamente de las secreciones; el autor no ha conseguido nunca este resultado con ningún otro medicamento, ni aun con el taquiol, uno de los antisépticos más potentes.

Aun después de que han desaparecido todos los síntomas, y de que las orinas han vuelto á ser perfectas, es absolutamente necesario no cesar bruscamente el tratamiento; después de haber empleado dosis altas es preciso volver á las dosis más débiles, tales como soluciones al 1 por 100, después al 0'50 por 100, y el enfermo debe, por su parte, continuar sus inyecciones de albargina ó de astringentes durante ocho días por lo menos después de su curación.

(*Le Progrès Méd. belge*).

\*  
\*  
\*

**Indicaciones relativas á la intubación de la laringe y á la traqueotomía en el crup.**—*Rocas:* La superioridad de la intubación sobre la traqueotomía es admitida en la actualidad por todos los Médicos de niños. Se explica esta superioridad por el efecto de las inyecciones del suero, que, librando en uno ó dos días á la laringe de las falsas membranas que en ella se han desarrollado, no exige á la terapéutica quirúrgica asegurar la permeabilidad de este órgano más que un tiempo relativamente corto. La intubación, practicada en estas condiciones de corta duración, no es peligrosa, ni como operación, ni en sus consecuencias. Pero en ciertos casos no produce más que resultados bastante medianos. ¿Cuáles són estos casos, y qué beneficios nos suministra entonces la traqueotomía?

En los casos de traqueitis ó de tráqueo-bronquitis diftérica, la intubación es insuficiente; es menester entonces intentar la traqueotomía, que, por otra parte, no da mejores resultados. Lo mismo ocurre en los casos de anginas gruesas con obstrucción nasal é hinchazón de la mucosa faríngea; esta mucosa está demasiado enferma para soportar fácilmente la presencia del tubo y éste puede obstruirse.

En los casos de muerte aparente, depende todo de la habilidad del operador; si está muy experto en la intubación, la practicará; si no, hará acto continuo, rápidamente, la traqueotomía.

En los crups unidos al sarampión es preciso distinguir dos casos:

primero, las laringitis prerubeólicas, en las que domina el elemento espasmódico, y donde la intubación bien hecha y poco prolongada produce excelentes resultados; y segundo, la laringitis post-eruptivas, complicadas frecuentemente con lesiones laríngeas más ó menos profundas, y en las cuales es preferible realizar la traqueotomía.

Las dos intervenciones pueden prestarse, por otra parte, un mutuo apoyo en dos circunstancias análogas; la intubación permite el descanulamiento en los niños que no pueden pasarse de su tubo, de igual modo que la traqueotomía acude en auxilio de los niños que no saben respirar sin tubo. Tienen, pues, su razón de ser cada una de las dos operaciones. Pero, dando de lado las varias excepciones que preceden, la intubación es lo que importa en la terapéutica del crup, y siempre es á ella á quien se debe recurrir.

(*Soc. de Med. y Cir. de Burdeos*).

\*  
\*

**Sobre el centro cortical de la desviación de la cabeza y sobre el centro gráfico**, por Ferruccio Schupfer.—Los casos de lesiones limitadas de las circunvoluciones cerebrales son siempre útiles de estudiar por lo que pueden fijar las opiniones sobre localizaciones, algunas en controversia todavía. Por esto la observación de Schupfer es interesante: se trata de un hombre que tenía una lesión circunscrita del pie de la segunda circunvolución frontal y que murió á consecuencia de una herida de la médula.

Este hombre, de treinta y nueve años de edad, había recibido varios cortes en una riña (8 Agosto 1901); casi todos eran cutáneos, pero la herida recibida en medio del dorso, á nivel de la tercera vértebra torácica, había suprimido la motilidad de la pierna derecha y paresiado la pierna izquierda; abolición de reflejos, hipo-estesia é hipo-analgnesia y trastornos de esfínteres.

Durante unos veinte días tuvo fiebre elevada (39° 40°) con delirio; acabó por desaparecer, pero la paraplegia se hizo completa y había una placa por decúbito.

En este mismo período, del 12 al 28 de Agosto, se observó que la cabeza estaba siempre vuelta hacia la derecha; el enfermo no podía moverla sino muy poco hacia la posición media, y este mismo movimiento era imposible pasivamente, vista la resistencia opuesta. Hubo duda si esta desviación de la cabeza existía en el momento de la entrada en el hospital; fué atenuándose, y á fin de Agosto acabó por desaparecer. Los movimientos de los bulbos oculares fueron siempre normales.

En Septiembre y Octubre se desarrolló la contractura de los miembros inferiores que se atrofiaban; la cistitis y la gran escara sacra acarrearón la caquexia progresiva. El enfermo vivió todavía varios meses; los movimientos del cuello y de los ojos permanecieron normales en todo este tiempo. Murió el 29 de Abril de 1902.

En la autopsia. decúbito, bronquitis, cistitis con pielonefritis. Se

nota en el ángulo antero-inferior del parietal izquierdo un hundimiento de la tabla externa del hueso del cráneo; á este hundimiento corresponde un abultamiento interno de la dimensión de una moneda de dos céntimos. La piamadre del lóbulo frontoparietal izquierdo está engrosada y adherida á la aracnoides; en este punto se decortica mal el cerebro. El pie de la segunda circunvolución frontal que corresponde al abultamiento de la tabla interna del hueso, presenta, en una superficie como un céntimo de ancho, una consistencia y aspecto gelatinosos. La substancia gris está muy disminuída de espesor, y alrededor de un centro reblandecido existe una área cicatricial que se extiende un poco por la substancia blanca subyacente á la circunvolución.

Al abrir el canal raquídeo se observa formaciones cicatriciales, adherencias meníngeas, lesiones y alteraciones de la parte inferior de la médula, que han sido consecuencias de la sección medular á nivel del punto de emergencia de las raíces del quinto par cervical.

Existe, pues, lesión limitada al pie de la segunda circunvolución frontal; lesión determinada por un traumatismo que había hundido el cráneo y producido probablemente una ligera infusión sanguínea, dejando adherencias entre la piamadre y la aracnoides.

Sábese que Schafer ha señalado en el mono un centro de los movimientos conjugados de la cabeza y de los ojos, el cual asentaría en la región prefrontal. Pues bien; en el enfermo se nota durante algún tiempo, y poco después del traumatismo, una rotación de la cabeza hacia la derecha, que se reproducía siempre que se trataba de ponerla en buena posición, y que el enfermo no podía modificarla voluntariamente; pero no se acompañaba de ningún trastorno en los movimientos de los globos oculares. ¿Puede considerarse la lesión del pie de la segunda circunvolución frontal como la causa de la desviación de la cabeza hacia la derecha?

A esto se pueden hacer varias objeciones, basadas en que la rotación de la cabeza era un fenómeno de irritación, mientras que la lesión era destructiva; que la contracción que desviaba la cabeza era una contracción tónica; que el fenómeno fué transitorio y duró menos de un mes; que la lesión que correspondía con precisión al centro de la desviación de la cabeza y de los ojos en el mono, no desvió en ningún momento los globos oculares del enfermo.

Schupfer rehusa estas objeciones: para él, la observación establece que la lesión del pie de la segunda circunvolución frontal determina el fenómeno de irritación, que se traduce por la desviación de la cabeza del lado opuesto al de la lesión. Este fenómeno es transitorio; en el hombre no se acompaña de la desviación de los globos oculares, como sucede en el mono, porque en el cerebro humano el centro de la desviación lateral de los ojos sería independiente del centro de rotación de la cabeza.

La observación es notable desde otro punto de vista. Se trataba de una lesión del pie de la segunda circunvolución frontal, considerada por algunos como el centro de los movimientos gráficos.

Ahora bien; en ningún momento presentó el enfermo trastornos de la escritura. Se ha podido procurar cartas escritas por el enfermo, las unas antes de ser herido, las otras durante su estancia en el hospital. Las últimas son menos netas, á causa de la posición más incómoda del enfermo; pero se reconocía en unas y en otras iguales caracteres grafológicos, igual manera de expresarse, iguales faltas de ortografía.

La observación, pues, constituye un documento importante para demostrar que una lesión destructiva limitada al pie de la segunda circunvolución frontal no produce agrafia. La lesión había destruído la substancia gris en su totalidad, alcanzando en su marcha invasora la substancia blanca; esto prueba que dicha porción de corteza no contribuye nada á la función. Por otra parte, el poco tiempo transcurrido entre el momento de la herida y el que escribió la primera carta en el hospital, la edad del enfermo y el hecho de no ser izquierdo, niegan la hipótesis de que un centro gráfico derecho haya podido suplir el centro del hemisferio izquierdo.

(*La Clin. Mod.*)

\* \* \*

**Extracción de una bala de revólver adherida á la aurícula izquierda.**—El Dr. *Tuffier*: El herido á que me refiero recibió un balazo en el centro del pecho. Como estaba á caballo, el proyectil penetró oblicuamente de abajo á arriba. Tuvo una hemoptisis, y á las pocas semanas se presentaron trastornos cardíacos (palpitaciones dolorosas á la presión). El herido, al que se había diagnosticado la presencia de un cuerpo extraño en el corazón, vino á París é ingresó en mi clínica.

La radioscopia permitió descubrir un proyectil adherido á la aurícula izquierda. Me decidí á extraerle, y practiqué una incisión, de 7 centímetros, en el segundo espacio intercostal izquierdo, á 2 centímetros por fuera de la herida de entrada. Resequé la costilla y el cartilago en la extensión de 3 centímetros, rechazé el fondo de saco pleurítico izquierdo y encontré un cuerpo duro movable. Denuedé cuidadosamente con el dedo el tejido celular en que estaba alojado el proyectil y extraje éste con una pinza de forcipresión. Hice el desagüe, y la herida curó sin complicación alguna. Este individuo disfruta en la actualidad una salud inmejorable. El proyectil era una bala de revólver de 6 milímetros.

El Dr. *Poirier*: El examen de la radiografía no permite afirmar si el proyectil se hallaba en la pared auricular ó adherido á la hoja externa del pericardio.

El Dr. *Bacy*: Creo que si el proyectil hubiera penetrado realmente en la pared de la aurícula hubiera habido un derrame en la cavidad del pericardio, lo que no ha ocurrido. Además, estando la bala tan poco clavada en la aurícula, sorprende que no hubiese caído en la cavidad pericardíaca.

El Dr. *Terrier*: No es posible decir sólo por la radiografía el sitio

que ocupaba el proyectil. Es probable que estuviera alojado en el sitio donde el Dr. Tuffier encontró algunas adherencias al operar. Sabemos, en efecto, que, en lo que se refiere á la pleura y al pulmón, las balas suelen quedar en la parte superior de la pleura.

El Dr. *Tuffier*: La movilidad que se apreciaba en el proyectil y que coincidía con los movimientos de la aurícula, me hicieron admitir la localización que he indicado. Si hubiera estado adherida al pericardio, como éste es una hoja fibrosa y menos extensiva, no hubiese estado animado de movimientos de propulsión tan acentuados. Además, al operar á este individuo no encontré membrana alguna entre la bala y la aurícula.

El Dr. *Poirier*: El pericardio no es, como suele creerse, un saco fibroso y rígido, sino una cubierta blanda que se amolda exactamente á las paredes del corazón, de las que sólo las separa una cavidad virtual y cuyos movimientos contractiles sigue con exactitud.

(*Soc. de Cir. de Paris*).

\*  
\* \*

**La hipnopirina.**—Es un derivado clorado de la quinina, que se presenta bajo forma de largas agujas prismáticas y delgadas, de olor ligeramente clorado, de color blanco y sabor sumamente amargo. Es soluble en tres veces su peso de agua fría, mucho también en el agua caliente y en el alcohol, é insoluble en el éter y en el clóroformo.

Abandonada al contacto del aire esflorece, adquiriendo á la vez color amarillo; los ácidos minerales la disuelven sin coloración; los álcalis la descomponen, y el hipoclorito de cal y el amoníaco la precipitan con color verde, de la misma manera que á la quinina.

Para diferenciarla de este último alcaloide basta disolverla en agua, añadir nitrato de plata y amoníaco y calentar la mezcla, con que adquiere un hermoso color negro brillante.

La hipnopirina actúa como analgésico, hipnótico y antitérmico, teniendo sobre los medicamentos de acción análoga más usuales las ventajas siguientes:

No produce sudores ni fenómenos de colapso;

No irrita ni trastorna en lo más mínimo el aparato digestivo;

Nunca ha dado lugar á exantemas cutáneos.

En cuanto á su valor terapéutico, como analgésico nada tiene que envidiar á los otros productos de acción análoga. Bolognesi, Charpentier y Dupasquier, la han ensayado en varios casos de jaqueca, neuralgias de la cara, del tórax y de los miembros, dolores fulgurantes de la tabes y dolores neuríticos en los diabéticos, obteniendo siempre notables resultados.

Como hipnótico suele ser también muy útil, aunque de acción menos constante que como analgésico, y como antitérmico ha sido experimentado en la gripe, roseola, amigdalitis aguda, fiebre tifóidea y tuberculosis, produciendo siempre un descenso de medio á un

grado, sin sudores, colapso, ni calofrío en el momento de la nueva exacerbación.

En las fiebres gripales no sólo ha rebajado la temperatura, sino que ha mejorado el estado general, disipado la cefalalgia, atenuado las neuralgias y mialgias y producido el sueño.

Empleándola en seis casos de reumatismo articular agudo, se ha conseguido la curación de todos ellos en plazo muy breve y sin ningún género de complicaciones, pero conviene advertir que se dió combinada con el salicilato de sosa.

Se administra en sellos de 25 ó 30 centigramos, á la dosis diaria de 1 á 4 gramos.

(*La Corresp. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**Pancreatitis tífica.** — El Dr. *B. G. A. Moymham* refiere el caso siguiente: Un muchacho de trece años, que había tenido fiebre tifoidea, se quejaba, en la larga convalecencia de la misma y á intervalos bastante frecuentes, de accesos dolorosos en la mitad superior del abdomen. Estos dolores duraban de tres á cuatro horas é iban acompañados de náuseas y alguna vez de vómitos. A los tres meses de uno de estos accesos se presentó ictericia, que desapareció á los dos días. Después los accesos se hicieron semanales, pero la ictericia, lejos de desaparecer, se fué haciendo cada vez más intensa. No había fiebre, y el examen del abdomen dió resultado negativo.

Se diagnosticó una infección tífica de la vejiga biliar, combinada probablemente con formación de cálculos, y se practicó la laparotomía, viéndose entonces que la vejiga de la hiel contenía bilis, pero no cálculos, y que la causa de la ictericia radicaba en el páncreas, puesto que la cabeza y una parte del cuerpo de dicha glándula estaban duplicados de volumen y tenían una dureza lapídea. Se estableció el desagüe de la vejiga biliar y se cerró la herida del abdomen.

El examen bacteriológico de la bilis demostró la existencia de un cultivo puro de bacilos tíficos. Posteriormente se examinó la reacción de Widal, que se logró hasta con una dilución de 1 por 100. La curación de la herida se efectuó sin ningún contratiempo, á pesar de lo cual todavía se encontraron gran cantidad de bacilos tíficos en la secreción de la vejiga biliar á las cuatro semanas de la operación. Sólo cuando se procedió á la administración de dosis crecientes de urotropina fué cuando se consiguió que desaparecieran los bacilos de la bilis.

(*The Lancet*).

\*  
\*  
\*

**Perforación del corazón por úlcera de estómago.** — El Doctor *M. K. Thue* refiere una observación muy interesante de este accidente. Se trataba de un hombre de cuarenta años, atacado desde hacía ocho de una gastritis crónica alcohólica, y que ingresó por primera vez en el hospital con fenómenos muy acentuados de neu-

motórax del lado izquierdo. El corazón estaba algo desviado hacia la derecha; pero, habiendo mejorado los síntomas de su padecimiento, á los cuatro meses de permanecer en la clínica fué dado de alta á petición propia.

A los tres meses volvió á ingresar, aquejando intensos dolores en el epigastrio y en el abdomen; los signos de neumotórax habían desaparecido casi por completo, pero el corazón seguía dislocado en la misma forma que anteriormente.

A los pocos días se desarrolló un doble derrame pleural y peritoneal, que hizo presumir la existencia de una tuberculosis; sin embargo, á los dos meses desaparecieron dichos derrames, persistiendo tan sólo los síntomas gástricos, por cuya razón se practicaron repetidos lavados de estómago, que parecían tanto más indicados cuanto este órgano se hallaba un poco dislocado hacia abajo y existían fenómenos indudables de retención alimenticia.

En una de estas operaciones, y cuando la sonda había apenas rebasado el istmo de las fauces, sobrevino una violenta hematemesis, constituida por 1.500 gramos de sangre muy roja; seis horas y media más tarde se presentó un nuevo vómito, de medio litro próximamente, al terminar el cual sucumbió el enfermo.

En la autopsia se encontró el estómago adherido al pericardio y al corazón por medio del diafragma, éste muy elevado, alcanzando hasta el tercer espacio intercostal, y ambas vísceras, corazón y estómago, puestas en comunicación directa por medio de una úlcera, que radicaba, por lo que al primero se refiere, fuera de la comisura izquierda de la válvula mitral, hacia la cara posterior del ventrículo, que era la que estaba adherida al estómago por el lado derecho del cardias. La posición elevada del estómago y la impulsión del diafragma explican á la vez la poca dilatación aparente de esta última víscera y pretendido neumotórax, de que nos hemos ocupado anteriormente.

(*Norsk. Mag. For. Lægevid.*).

\* \*

**Testículos artificiales de parafina.**—El Dr. *Guinard* presentó un hombre que padecía ectopia testicular, y en el que se habían substituído los testículos por dos bolas de parafina.

El Dr. *Berger*: Desearía saber la suerte de los enfermos á los que el Dr. *Tuffier* substituyó los testículos por bolas metálicas.

El Dr. *Tuffier*: De estos enfermos, á unos no he vuelto á verlos, otros volvieron rogándome les quitara el estorbo que les producía las bolas metálicas, y dos se presentaron con fistula, que obligaron á extraer el cuerpo extraño.

El Dr. *Sebileau*: Creo que hubieran sido preferibles los testículos de caucho, de ágata ó metálicos, en vez de los de parafina, porque éstos son deformables, y en el enfermo del Dr. *Guinard* están aplastados y su forma no es muy estética.

El Dr. *Reclus*: He visto á uno de los enfermos á quienes el

Dr. Tuffier colocó en las bolsas testiculares bolas metálicas. Necesité extraerlas, porque el escroto estaba á punto de convertirse en un absceso.

El Dr. *Reynier*: Empleo para la protesis testicular la oliva de una sonda exofágica, que es bien tolerada, porque algunos enfermos llevan este cuerpo extraño desde hace siete y ocho años.

El Dr. *Guinard*: Aunque los testículos de mi enfermo están deformados por el calor y la compresión ejercida por los muslos, en cambio es posible darles de nuevo su forma primitiva, modelándolos de nuevo; es lo que hace el enfermo todas las noches.

(*Soc. de Cir. de Paris*).

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### MATERIAL SANITARIO

«Circular.—Excmo. Sr.: Habiéndose recibido en el Parque de Sanidad Militar los 175 compases antropométricos, que completan el número de 200 mandados fabricar por Real orden de 6 de Mayo último (*D. O.* número 99) en la fábrica de armas de Toledo, y cuya bondad, así como la de los aparatos é instrumentos quirúrgicos en el mismo establecimiento fabricados no dejan, según las pruebas verificadas, nada que desear, comparada con la del material análogo procedente de la industria extranjera, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que se distribuyan sin cargo y para que forme parte del material sanitario de los Cuerpos y dependencias, con arreglo á la siguiente relación, debiendo hacerse el transporte por cuenta del Estado, consignándolo á la Inspecciones y Jefaturas de Sanidad Militar de las diversas regiones, y quedando los restantes en el Parque para las atenciones que ocurran. Es asimismo la voluntad de S. M. que los Capitanes Generales y Comandantes generales respectivos den las órdenes que estimen convenientes para que con oportunidad sean recogidos en dichas dependencias los compases que se envían ó se remitan á su destino.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 30 de Enero de 1904. — Linares.—Señor.....»

*Relación que se cita.*

1.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento del Rey, León, San Fernando, Ceriñola, Saboya, Vad Rás, Asturias, Covadonga, Castilla, Gravelinas, batallón Cazadores de Madrid, Barbastro, Las Navas, Figueras, Arapiles y Llerena.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de María Cristina, Lusitania, Villarrobledo, regimiento Lanceros de la Reina, Príncipe, regimiento Husares de la Princesa y Pavía.

*Artillería.*—2.<sup>o</sup> regimiento montado, 5.<sup>o</sup> ídem, 10.<sup>o</sup> íd., regimiento ligero 4.<sup>o</sup> de campaña, regimiento de sitio.

*Ingenieros.*—2.<sup>o</sup> regimiento de Zapadores Minadores, regimiento de Telégrafos y batallón de Ferrocarriles.

*Sanidad Militar.*—Brigada de tropas.

*Administración Militar.*—Brigada de tropas.

*Estado Mayor.*—Brigada de obreros.

*Guardia Civil.*—1.<sup>er</sup> Tercio, 14.<sup>o</sup> ídem.

*Academias.*—De Infantería, Administración Militar y Artillería.

*Hospitales.*—Madrid, Badajoz, Alcalá de Henares, Guadalajara.

2.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento de Soria, Granada, Pavía, Álava, Reina, Córdoba, Extremadura, Borbón, batallones Cazadores de Cataluña, Tarifa, Segorbe, 2.<sup>o</sup> batallón de montaña y 4.<sup>o</sup> ídem.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de Alfonso XII, Vitoria, Lanceros de Villaviciosa y Sagunto.

*Artillería.*—1.<sup>er</sup> regimiento montado, 12.<sup>o</sup> ídem, 2.<sup>o</sup> batallón de plaza.

*Ingenieros.*—3.<sup>er</sup> regimiento de Zapadores Minadores.

*Establecimientos.*—1.<sup>er</sup> Depósito de sementales, 2.<sup>o</sup> ídem, 3.<sup>o</sup> ídem, 1.<sup>er</sup> Establecimiento de remonta, 2.<sup>o</sup> ídem y 3.<sup>o</sup> íd.

*Hospitales.*—Sevilla, Granada, Málaga, Cádiz, Córdoba y Algeciras.

3.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento de Mallorca, Guadalajara, Tetuán, Otumba, Sevilla, España, Princesa y Vizcaya.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de Alcántara y Sesma.

*Artillería.*—8.<sup>o</sup> regimiento montado, 11.<sup>o</sup> ídem y 5.<sup>o</sup> batallón de plaza.

*Hospitales.*—Valencia y Alicante.

4.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento de San Quintín, Asia, Navarra, Albuera, Almansa, Luchana, batallones Cazadores de Barcelona, Alba de Tormes, Alfonso XII, Mérida, Estella y 5.<sup>o</sup> batallón de montaña.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de Treviño, Tetuán, Dragones de Santiago, Montesa y Numancia.

*Artillería.*—1.<sup>er</sup> regimiento de montaña, 9.<sup>o</sup> regimiento montado y 1.<sup>er</sup> batallón de plaza.

*Ingenieros.*—4.<sup>o</sup> regimiento de Zapadores Minadores.

*Hospitales.*—Barcelona, Gerona, Lérida y Tarragona.

5.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento del Infante, Aragón, Galicia, Gerona y 3.<sup>er</sup> batallón de montaña.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de Castillejos y Lanceros del Rey.

*Artillería.*—7.<sup>o</sup> regimiento montado.

*Ingenieros.*—Regimiento de Pontoneros.

*Hospitales.*—Zaragoza.

6.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento de América, Constitución, Bailén, Cantabria, Sicilia, Valencia, Cuenca, Guipúzcoa, Lealtad, San Marcial, Garellano, Andalucía y 1.<sup>er</sup> batallón de montaña.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de Almansa, Arlabán, Albuera y Lanceros de España.

*Artillería.*—13.<sup>o</sup> regimiento montado, 2.<sup>o</sup> regimiento montaña, 3.<sup>er</sup> regimiento montado, 4.<sup>o</sup> batallón de plaza y 6.<sup>o</sup> ídem.

*Ingenieros.*—5.<sup>o</sup> regimiento de Zapadores Minadores.

*Hospitales.*—Bilbao, Burgos, Pamplona, San Sebastián, Santoña, Victoria y Logroño.

7.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento de Isabel II, Toledo, Príncipe y Burgos.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de Talavera, Lanceros de Borbón y Farnesio.

*Artillería.*—6.<sup>o</sup> regimiento montado.

*Academia.*—De Caballería.

*Hospitales.*—Valladolid.

8.<sup>a</sup> REGIÓN

*Infantería.*—Regimiento de Zamora, Zaragoza, Murcia é Isabel la Católica.

*Caballería.*—Regimiento Cazadores de Galicia.

*Artillería.*—3.<sup>er</sup> regimiento de montaña y 3.<sup>er</sup> batallón de plaza.

*Hospitales.*—Coruña y Vigo.

BALEARES

*Infantería.* — Regimiento de Baleares número 1, ídem íd. número 2.

*Caballería.*—Escuadrón Cazadores de Mallorca.

*Artillería.*—Batallón de plaza de Menorca.

*Hospitales.*—Mahón y Palma de Mallorca.

CANARIAS

*Infantería.*—Regimiento de Canarias número 1, ídem número 2 y batallón Cazadores de Canarias.

*Artillería.*—Batallón de plaza de Canarias.

*Hospital.*—Santa Cruz de Tenerife.

COMANDANCIA GENERAL EXENTA DE CEUTA

*Infantería.*—Regimiento de Ceuta número 1, ídem número 2, batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo.

*Artillería.*—Batallón de plaza de Ceuta.

*Hospital.*—Ceuta.

COMANDANCIA GENERAL EXENTA DE MELILLA

*Infantería.*—Regimiento de Melilla número 1, ídem número 2, batallón Disciplinario de Melilla.

*Artillería.*—Batallón de plaza de Melilla.

*Hospitales.*—Melilla.

Madrid 30 de Enero de 1904.—Linares.

\*  
\*\*

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: En armonía con lo preceptuado, respecto á las gratificaciones de doce años de efectividad, en Reales órdenes de 15 de Julio y 25 de Septiembre de 1891 y 13 de Marzo de 1893 (C. L. números 266, 357 y 84 respectivamente), el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer:

1.º Las gratificaciones de efectividad consignadas en la Ley de 29 de Diciembre último (C. L. núm. 190) para los Tenientes Coroneles, Comandantes, Capitanes y primeros Tenientes, y sus asimilados, que hayan cumplido ó cumplan diez años en su empleo, se sujetarán á las mismas vicisitudes del sueldo que disfruten los interesados que las perciban, con relación al que tienen asignado en servicio activo.

2.º Dichas gratificaciones no serán abonables, por carecer de derecho á ellas, á los Jefes y Oficiales que se hallen en posesión del sueldo del empleo superior por virtud del artículo 3.º transitorio del Reglamento de ascensos de 29 de Octubre de 1890 (C. L. núm. 405); y

3.º Para el abono de las expresadas gratificaciones no será computable, como de efectividad, el tiempo servido en empleo condicional por pase á Ultramar

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 6 de Febrero de 1904.—Linares.—Señor.....»

\*  
\* \*

#### DESTACAMENTOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Dispuesto en el artículo 24 de la Real orden circular de 11 de Enero próximo pasado (C. L. núm. 1) que la brigada de Cazadores y el grupo de Artillería de montaña del campo de Gibraltar tengan destacados en Ceuta, turnando por años, un batallón y una batería, respectivamente, y á fin de conseguir que no resulte ilusorio el objeto que se persigue de que todos los Oficiales pertenecientes á ambas unidades alternen por igual en dicho destacamento, practicando así el servicio especial que la situación de la plaza exige, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que durante el año de permanencia en la plaza de Ceuta del batallón de Cazadores y batería de montaña destacados del campo de Gibraltar, no se cambie de destino á ningún Jefe, Oficial y asimilado perteneciente á la unidad destacada, ni se les concedan más licencias que las que sean motivadas por causa de enfermedad.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 10 de Febrero de 1904.—Linares.—Señor.....»



## VARIETADES

Durante el mes de Enero próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.604 defunciones, que arrojan un término medio diario de 51'741, y una proporción de 3'008 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1903 hubo 1.556 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 363, de menos de un año; 264, de uno á cuatro años; 98, de cinco á diez y nueve; 194, de veinte á treinta y nueve; 286, de cuarenta á cincuenta y nueve; 414, de sesenta en adelante, y 3 sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: pneumonía y bronco-pneumonía, 164; bronquitis aguda, 153; tuberculosis pulmonar, 144; viruela, 109; meningitis simple, 106; enfermedades orgánicas del corazón, 101; bronquitis crónica, 73; congestión y hemorragias cerebrales, 70; diarrea y enteritis (menores de dos años), 47; grippe, 37; tumores cancerosos, 33; meningitis tuberculosa, 28; tuberculosis varias, 28; se-nectud, 27; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 19; afecciones puerperales, 9; debilidad congénita, 9; fiebre tifoidea, 7; sarampión, 6; suicidios, 5; coqueluche, 4; difteria y erup, 3; escarlatina, 2; reblandeci-miento cerebral, 2; otras causas de defunción, 418.

\*  
\* \*

Terminado el primer ejercicio de las oposiciones que se están celebrando para ingresar en la Academia Médico-Militar, han sido aprobados en el mismo 19 aspirantes.

---

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

**Almanaque Bailly-Bailliére para 1904**, ó sea pequeña enciclopedia popular de la vida práctica.—Madrid. Bailly-Bailliére é hijos. 1904.

**Le infermerie da combattimento sulle navi moderne.**—Relazione al XIV Congresso internazionale di Medicina.—*Dott. F. Colletti*, Médico Capo di 1.<sup>a</sup> classe nella R. Marina.—Roma. 1903.

**El saneamiento de Palma.**—Conferencias dadas en el Colegio Médico-farmacéutico los días 23 de Mayo y 8 de Junio de 1900, 13 de Diciembre de 1901, 2 y 23 de Mayo de 1902, por *D. Bernardo Riera y Alemany*.—Palma de Mallorca. 1903. (Dos ejemplares).

**XI Congreso internacional de higiene y demografía**, celebrado en Bruselas en Septiembre de 1903.—Reseña de los trabajos realizados, redactada por el *Dr. César Chicote*, Director Jefe del Laboratorio municipal de Madrid.—Madrid. 1903. (Dos ejemplares).