

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX

Madrid 15 de Octubre de 1905

Número 440

## LA CURACIÓN DE LA TUBERCULOSIS SEGÚN BEHRING

Las transcendentales declaraciones hechas por el Profesor Behring ante el Congreso de la tuberculosis de París son de tal importancia, que creemos necesario adelantarlas á nuestros lectores con carácter preferente, á cuyo fin publicamos el texto del discurso pronunciado por dicho Profesor, y que el Dr. Espina ha transmitido á uno de nuestros periódicos políticos.

«En el curso de los dos últimos años he llegado á reconocer con certeza la existencia de un principio curativo completamente diverso del principio artífírico descrito por mí hace quince años.

Este nuevo principio curativo desempeña el papel esencial, en la acción inmunizadora, de mi «bovovacuna», que desde hace cuatro años ha sido ensayada en la práctica agrícola para la lucha contra la tuberculosis de los bovídeos.

Este principio descansa sobre la impregnación de las células vivientes del organismo por una substancia procedente del virus de la tuberculosis, á la cual yo llamo TC.

Cuando la TC se convierte en una parte integrante de las células del organismo de los animales tratados por ella, y se ha metamorfoseado en estas células, la designo con la fórmula TX.

Con el bacilo de la tuberculosis, la TX, ó, por mejor decir, la TC preexiste, como un agente dotado de un gran número de cualidades extraordinarias. Este agente llena en el bacilo tuberculoso la función de substancia *formativa*. Además posee cualidades *fermentativas* (y especialmente *cabatylicas*).

Este agente puede fijar de una manera electiva, por contacto, otras substancias (fenómeno que se ha llamado *absorción*), y posee en ciertas condiciones cualidades *asimiladoras*.

En una palabra: representa el «principio casi vital» de los bacilos.

Para mí, en el *processus* de inmunización de los bovinos contra la tuberculosis, la TC de los bacilos es librada de las substancias accidentales, ejerce una acción simbiótica en el interior de las células orgánicas, en particular en los elementos celulares que derivan de los centros germinativos del tejido linfático.

La presencia de la TC es la causa, por una parte, de la super-sensibilidad en la tuberculina de Koch y, por otra, de la reacción protectora contra la tuberculosis.

Es largo el camino por el cual, después de haber vencido muchos obstáculos, he llegado á la concepción, esbozada arriba, del modo de inmunización antituberculosa.

Á esta concepción, de una inmunidad *celular*, que es diferente de la inmunidad *humoral* antitóxica, estoy obligado á decir que no hubiera llegado sin el conocimiento íntimo de los trabajos de Metchnikoff sobre la fagocitosis.

Si quisiera explicar en detalle las pruebas demostrativas de la exactitud de mi concepción, estaría obligado á reteneros muchas horas.

He expuesto una parte de ellas en el primer fascículo de un libro que se titulará *Problemas modernos ptisiogenéticos y ptisioterapéuticos aclarados por la Historia*.

Algunos pasajes de este primer fascículo acaban de aparecer en la «Tuberculosis» (Septiembre 1905).

No quiero más que intentar describir la naturaleza y el modo de acción del nuevo método terapéutico nacido de mis estudios científicos sobre la tuberculosis.

Este nuevo método está, creo, llamado á proteger á los hombres amenazados por la tisis contra las consecuencias nocivas de la infección tuberculosa.

Considero un gran honor el poder comunicar á la asamblea general del Congreso de París «un medio de luchar contra la tuberculosis con un remedio nuevo».

Supongo conocido mi método de vacunación contra la tuberculosis de los bovídeos.

Sin que tenga necesidad de insistir, se admitirá que he mirado todas las posibilidades de aplicar este procedimiento para combatir la tuberculosis del hombre.

Pero mi experiencia me ha decidido firmemente á renunciar á introducir en el cuerpo humano con un fin terapéutico bacilos tuberculosos vivos. Así, el tratamiento antituberculoso en el hombre comienza para mí con el descubrimiento del remedio de que voy á hablar.

Después del esbozo, arriba trazado, del modo de inmunización contra la tuberculosis, se comprenderá sin más pormenores que me haya esforzado, sin tregua ni reposo, en ahorrar al organismo el trabajo, siempre largo y peligroso, de la elaboración de la TC.

He llegado á ella por experiencias *in vitro*. He transformado la inmunización *activa*, para hablar como Ehrlich, en una inmunización *pasiva*. Puedo aseguraros que no he sentido en mi vida alegría mayor que la que tuve durante los días, las semanas y los meses en que el lazo casual que une la vacunación á la inmunidad se me apareció con evidencia siempre creciente, gracias á la observación reiterada de innumerables experiencias sobre los animales. Un enigma se esclarecía tras otro en cuanto á la naturaleza y al modo de obrar del suero antituberculoso.

Condensando en algunas palabras los resultados de mis trabajos, diré que para librar la TC de las sustancias que impiden su acción terapéutica es bueno distinguir tres grupos de sustancias bacilares:

1.º Una sustancia *soluble solamente en el agua pura* y que posee una acción fermentadora y catalítica. De esta sustancia soluble en el agua derivan las partes físicas de la tuberculina de

Koch. Esta substancia tiene todas las cualidades cromófilas, físicas y químicas de la *Volutina*, descrita por nuestro botánico de Marbourg, Arturo Meyer. Yo llamo á esta substancia TV.

Para dar una idea del poder tóxico de la TV puedo decir que *un gramo* de esta substancia, en el estado seco, es más poderoso que *un litro* de tuberculina de Koch.

2.º Una substancia globulínosa, soluble solamente en una sal neutral (por ejemplo, el cloruro de sodio á 10 por 100); esta substancia la llamo yo TGL; también ésta es tóxica, á la manera de la tuberculina de Koch.

3.º Muchas substancias *no tóxicas*, solubles solamente en el alcohol, el éter, el cloroformo, etc.

Una vez que el bacilo tuberculoso ha sido libertado de estos tres grupos de substancias, le queda un cuerpo que designo con el nombre de restbacillus.

Este *restbacillus* posee todavía la forma y las cualidades tintóreas de los bacilus tuberculosos. Por medio de preparaciones convenientes puede ser modificado de tal modo, que llegue á ser una substancia amorfa directamente reabsorbible por las células linfáticas del conejo, del cordero, de la cabra, de los bovídeos y de los caballos.

La substancia amorfa es elaborada y metamorfoseada por las células linfáticas de estos diferentes animales, y estas células se hacen oxífilas ó eosinófilas. Paralelamente á las metamorfosis de las células bajo la influencia de la TC evoluciona el estado de inmunidad del organismo.

Un hecho fundamental es que la TC, substancia no reproducible, posee sin embargo, el poder de dar nacimiento al tubérculo.

*El tubérculo así creado no se caseifica y no se ablanda nunca.*

Corresponde exactamente á la «granulación tuberculosa» de Laennec.

En ciertas condiciones, la TC puede determinar también la «infiltración gris» y la «infiltración gelatiniforme» de Laennec.

Por experiencias sobre diferentes mamíferos, he podido con-

vencerme de que la TC, preexistente, como he dicho, en los bacilos tuberculosos, puede ser elaborada *in vitro*, de modo que se haga de ella un remedio que pueda también aplicarse sin peligro á la terapéutica humana.

La parte terapéutica de mi libro, que debería aparecer el año próximo, no verá la luz sino cuando la eficacia terapéutica y la inocuidad de mi nuevo remedio haya sido demostrada por los clínicos versados de otro modo que yo en el conocimiento de las variedades individuales de la tisis pulmonar y de su pronóstico.

Por otra parte, me parece necesario que otros sabios que trabajen en otros laboratorios investiguen la acción terapéutica de mi remedio sobre los animales y hagan constar el hecho de que no se conoce todavía hasta hoy un agente terapéutico que tenga valor parecido.

Ustedes saben que, hasta ahora, la tuberculina de Koch y su nueva tuberculina (Z R), el suero de Maragliano, el de Marmorek, así como otras muchas preparaciones señaladas como específicas, habrán tenido, al decir de sus inventores, una eficacia privativa ó curativa; pero ustedes saben también que después muchas otras observaciones no han llegado á obtener tan buenos resultados, sobre todo sobre el cobayo.

Espero ser más dichoso y que los sabios á quienes, después de mi vuelta á Marbourg, confie mi remedio para que ellos lo experimenten, obtengan en sus laboratorios tan buenos y aún mejores efectos terapéuticos que yo mismo.

Ruego á ustedes que no olviden que mi comunicación de hoy recuerda singularmente la que mostré en 1890 «sobre un nuevo remedio contra la difteria».

Mi convicción de la importancia capital de este descubrimiento ha sido en el curso de estos quince años confirmada en el mundo entero de una manera brillante.

Pero después de mi comunicación no transcurrieron menos de cuatro años antes de que los prácticos adquiriesen confianza.

Quizás hubiese yo debido esperar más tiempo todavía el reco-

nocimiento de la exactitud y de la importancia de mis aseeraciones científicas, si un gran amigo, M. Emilio Rowe, no se hubiese levantado en Budapest para combatir conmigo la difteria, «mataradora de niños».

¿Cuánto tiempo transcurrirá aún para que el descubrimiento y la utilización de mi nuevo remedio contra la tuberculosis reciban la consagración pública que les dará la comprobación de su valor práctico? Lo ignoro. Muchos factores pueden intervenir en esto: mi gozo en el trabajo y mi actividad, mi habilidad de táctico y también la buena suerte; ¡que ella me dé un compañero de lucha del valor de Roux, que tenga la misma fuerza conquistadora y el mismo desinterés al abrigo de toda sospecha! En tal caso, espero que el próximo Congreso de la tuberculosis tomará nota de los importantes progresos realizados en la lucha contra la tisis humana.

---

## Prensa y Sociedades médicas.

---

### **Momento oportuno de intervenir en los casos de apendicitis.**

—El Dr. *Körte* (de Berlín) presenta una estadística de 1.791 casos de apendicitis, entre operados y no operados, y á renglón seguido añade lo siguiente:

Hace algunos decenios no se operaban más que aquellos casos de apendicitis que habían determinado una peritonitis. Schüller fué el primero que en 1889 practicó con éxito una operación precoz. En 1890 practicó Kümmeel la primera operación en un intervalo libre. En 1899 varios Cirujanos, entre ellos Rose, Rehn, Riedel y Sprengler defendieron la operación precoz, y sin embargo, aun hoy mismo hay discordancia de pareceres, puesto que mientras Riedel defiende la operación muy precoz, el autor no era tan radical. Pero poco á poco ha ido ganando terreno la opinión de la operación precoz.

Para resolver la cuestión se deben precisar antes los dos puntos siguientes: Primero. ¿Cuáles son los peligros del ataque agudo de apendicitis? Segundo. Si los podemos reducir mucho por medio de la operación. En otro tiempo se decía que el peligro era muy pe-

queño, sobre todo por los Médicos, y aun hoy en día dicen algunos que no han perdido un enfermo de apendicitis, aunque confiesan que puede venir la terminación mortal por peritonitis. Pero el autor se ha convencido por experiencia personal en estos últimos años de que los peligros son muy grandes, y que consisten precisamente en la aparición temprana de la peritonitis. Así sucedió en los tres primeros días de enfermedad en 57 de sus casos. De ellos, los operados en los dos primeros días dieron una mortalidad de un 18'5 por 100 y los operados en el tercer día una mortalidad de 36'6 por 100.

Se trata ahora de dilucidar si se hubiesen podido evitar estos 57 casos de peritonitis. En realidad, no sabemos cómo se conduce el apéndice en los tres días primeros. Cuando se opera en estos días, se encuentra á veces nada más que una infiltración muy reducida de células pequeñas, pero es más frecuente encontrar ya el apéndice como una vejiga llena de pus. Estos casos son los que inclinan el ánimo á la operación precoz. ¿Podemos conocer la inminencia de la peritonitis? Preciso es reconocer que no. Puede suceder que los síntomas característicos falten al principio y no se presenten hasta más tarde. Pero entonces, cuando se procede á la operación, ya es demasiado tarde por lo general. La inflamación serosa debe distinguirse anatomopatológicamente de la purulenta; pero es un error creer que ha de mediar mucho tiempo entre la una y la otra, puesto que el autor ha encontrado pus en un caso á las trece horas de haberse iniciado el ataque agudo. Por esta razón, se debe operar lo más pronto posible.

De la estadística del autor resulta que la operación precoz, ó sea la que se ejecuta en los tres primeros días, se practicó en 137 casos, y que en 57 de ellos ya había peritonitis. De los 27 operados en los dos primeros días murieron 5, y en cambio, de los 30 operados el tercer día murieron 11. Conviene, por lo tanto, operar en los dos primeros días.

Se ha planteado la cuestión de si la operación no sería acaso perjudicial en los casos en que todavía no existe supuración. Ahora bien: de los 80 casos de este grupo de la estadística del autor, no sucumbió ninguno después de la operación, y otros Cirujanos refieren resultados análogos.

Pero además de la peritonitis amenazan la vida del enfermo otras complicaciones, tales como la pieloflebitis (20 casos del autor, de los cuales se salvaron 2 con la operación), los abscesos subfrénicos con una mortalidad de un tercio, el empiema, la pielitis, las adherencias extensas de los intestinos entre sí y con los órganos inmediatos, que pueden dar origen á la oclusión intestinal. Casi todas estas complicaciones se pueden evitar con la operación precoz, que reduce también mucho las adherencias que siempre se producen con la intervención quirúrgica. En el apéndice mismo encontramos el empiema y la necrosis. En principio no existe diferencia esencial entre la apendicitis purulenta y la gangrenosa. Cierto que ésta también se puede curar sin operación, pero falta saber si el sujeto podrá

resistir tan grave enfermedad, que exige una larga permanencia en la cama.

Después del tercer día, á contar del comienzo de la enfermedad, se debe esperar, cuando la inflamación está localizada, para abrir los abscesos que se formen. Si se trata de recidivas, hay que operar en el período intermedio, por más de que en este período los resultados ya no son tan favorables, porque las suturas cortan fácilmente los tejidos; es más frecuente que sobrevengan fístulas estercoráceas, y la curación se logra con más dificultad que después de la operación de un absceso.

El tratamiento quirúrgico de la peritonitis después del tercer día dió en 188 casos una mortalidad de 60 por 100. En estos casos se debe proceder con mucha circunspección para operar; el estado paralítico de los intestinos influye desfavorablemente en los resultados operatorios, y buen número de pacientes sucumben de colapso.

La operación en frío está casi exenta de peligro: de 579 operados en estas condiciones, se salvaron 573. Se debe esperar á que haya terminado por completo el ataque, pero una vez llegado el momento oportuno, no se debe demorar la operación, puesto que ésta es tanto más difícil cuanto mayores son las adherencias.

*Pseudo-apendicitis.*—Algunas personas creen padecer apendicitis crónica, y hasta pretenden ser operadas, porque sienten dolores en el lado derecho del vientre; pero si la exploración da un resultado negativo, se debe esperar á que sobrevenga un ataque agudo antes de decidirse á intervenir.

*Apendicitis obliterante.*—También estos enfermos se quejan de dolores y molestias; si se practica la operación radical, se encuentra que no estaba indicada. En algunos casos encontró el autor cánceres pequeños en el apéndice, pero que no tenían nada que ver con el ataque.

Después de la operación se presentan á veces ciertas molestias. El autor ha tenido que operar por segunda vez en dos casos á causa de molestias que eran producidas por fuertes adherencias.

En resumen: Primero, en todo ataque agudo de apendicitis se debe practicar la operación lo más pronto posible; segundo, la operación de la peritonitis practicada en los días primero y segundo de enfermedad consigue curar todavía un buen número de casos; tercero, las operaciones realizadas en el período intermediario no dan tan buenos resultados; cuarto, los da desfavorables la operación de la peritonitis que se practica después del tercer día de enfermedad; quinto, la operación en frío se debe hacer lo más pronto posible una vez terminado el ataque agudo.

El Dr. *Roux* (de Lausana) recuerda que ha sido el primero que operó la apendicitis en 1881. Cree que con una alimentación adecuada y con una conducta muy higiénica en todo lo demás se puede evitar en muchos casos de apendicitis que sobrevenga la peritonitis y hasta que se presente la misma apendicitis. Esta la trata el autor suprimiendo toda alimentación y sin recurrir al opio; con este tra-



tamiento basta aun en los casos de peritonitis circunscrita. Si se prefiere operar, debe hacerse cuando aún no hayan pasado treinta y seis horas desde el comienzo de la enfermedad; en los casos en que procedió así no le ha ocurrido ningún contratiempo. De 1.220 casos sólo se murieron 2 á consecuencia de la anestesia. En determinados casos no se encontró apendicitis. Pero dada la falta de peligro de la operación, es mejor operar muy pronto, á riesgo de que no haya apendicitis, que aguardar demasiado, cuando los resultados de la operación son mucho peores. La operación en frío hay que hacerla después del primer ataque agudo.

El Dr. *Kümmel* (de Hamburgo) dice que antes era partidario del tratamiento conservador, porque era mucho mayor el número de casos leves que el de los graves, pero que ahora, á medida que ha aumentado el número de casos, han adquirido un carácter más maligno, y por esta razón también opera más que antes.

De 264 casos operados, 164 lo han sido en frío con sólo un muerto; en cambio, de 81 casos graves (peritonitis), murieron 50. Por esto el autor se ha hecho partidario de la operación precoz. De 1.000 casos operados antes, 700 lo fueron en frío, con una mortalidad de medio por 100; 118 operaciones de absceso dieron una mortalidad de 10 por 100; 87 operaciones tardías, habiendo ya peritonitis, dieron una mortalidad de 75 por 100. En cierto número de casos el proceso, aunque grave, se había desarrollado con pocos síntomas, lentamente y de un modo casi latente. Es muy común que las lesiones anatómicas contrasten, según esto, con el curso clínico, y, por lo tanto, no es posible establecer un pronóstico determinado en la apendicitis. Para tener la casi seguridad de un resultado favorable, es preciso proceder á la extirpación precoz del apéndice.

En cambio, el autor es enemigo de toda operación practicada después del tercer día de enfermedad; en estas circunstancias, debemos limitarnos á incindir los abscesos y demorar la extirpación del apéndice hasta después de seis semanas; sólo cuando la gravedad del caso lo exige es cuando habrá que operar más pronto.

El Dr. *Rotter* (de Berlín) manifiesta estar de acuerdo en general con Körte y Kümmel. Desde hace dos años se decidió á operar los casos graves, pero desde hace un año procede desde luego á operar todo caso de apendicitis que acude á su intervención.

De 90 casos operados, en 30 no había exudado; mortalidad, 0; en 27 había exudado seroso; mortalidad, 3,7 por 100; en 33 el exudado era purulento; mortalidad, 24 por 100. Mortalidad total, 10 por 100. Se operaron en el primer día de enfermedad 25 casos, de ellos 4 con exudado purulento; se operaron en el segundo día de enfermedad 65 casos, de ellos 31 con exudado purulento.

Conviene, por lo tanto, operar en las primeras veinticuatro horas. El autor entiende que los lavados después de la operación son perjudiciales.

El Dr. *Federmann* (de Berlín) habla en nombre de Sonnenburg y dice que este autor ha operado en los tres años últimos 870 casos

de apendicitis, á saber: durante el ataque 300 con 54 muertes, y en frío 570 con 6 muertes.

Sonnenburg no es partidario incondicional de la operación precoz; á ésta no apela más que en los casos de inflamación difusa. Pero no se pueden medir todos los casos con el mismo rasero; hay que individualizar. Como operación de elección, la de mejores resultados es la hecha en frío.

En los casos de inflamaciones difusas no se debe esperar á que se enquisten el exudado, sino operar lo más pronto posible. Se debe adoptar la expectación en los casos leves y de gravedad media en que no está interesado el peritoneo y no hay resistencia en el lado derecho del vientre. Si en las primeras cuarenta y ocho horas no se puede diagnosticar con exactitud la naturaleza de la inflamación, se debe proceder á la operación precoz.

De 184 casos de apendicitis supurada, murieron 18 (3 habían ingresado moribundos); 58 de estos casos eran de forma difusa y se operaron desde luego con 12 muertes.

De los 126 casos restantes de forma leve, fallecieron después de la operación 6. De este grupo de casos, 42 curaron sin operación, 43 fueron operados en frío con 1 muerto y 41 fueron operados durante el ataque con 5 muertes.

En el primer período no se puede establecer un diagnóstico seguro.

El Dr. *Cecherelli* (de Parma) dice que en la apendicitis no puede aspirarse á una curación radical sin apendectomía. La apendicitis debe hacerse desaparecer de un modo seguro, puesto que si no provoca las lesiones tíficas y peritíficas, favorece indudablemente su producción. Las dificultades en la apendectomía, dependen principalmente de las adherencias, cuya división no es raro que ocasione lesiones traumáticas del intestino. Estas dificultades las ha encontrado el autor menores cuando se opera durante el ataque, algo mayores en la operación en frío y máximas en las operaciones en frío cuando se hacen á causa de complicaciones.

Por consiguiente, el Cirujano debe operar en el ataque agudo, á ser posible. Si se puede hacer en frío, conviene esperar á que hayan desaparecido los exudados que se hubiesen formado. Para ello el mejor medio es el iodo, sobre todo bajo la forma de tratamiento termal en Salsomaggiore. No hay que creer que la desaparición de los exudados hace innecesaria la operación, puesto que el germen morboso anida en el apéndice, y debe, por lo tanto, ser extirpado.

Si al hacer la operación las adherencias extensas dificultan la extirpación del apéndice, es preferible renunciar á ella, porque se producen fácilmente roturas del intestino, en las que las suturas no sujetan bien, formándose, por lo tanto, fístulas estercoráceas de difícil curación. En algunos casos es mejor hacer una operación inútil, pero exenta de peligro, que una complicada y peligrosa. La operación en el ataque agudo tiene además la ventaja de que en muchos casos se puede hacer extraperitoneal, al menos en parte, con lo cual se evitan muchas complicaciones.

El Dr. *Riese* (de Britz) lamenta el poco acuerdo que reina entre los Cirujanos, cuando tan necesario sería que le hubiera para convencer á los Médicos prácticos de la necesidad de la operación precoz. Así vemos que Sonnenburg, en contra de los demás oradores, se muestra más partidario de la operación en frío, y como cree que la apendicitis se puede diagnosticar en los diferentes períodos de su curso, se podría entonces estar de acuerdo con su manera de pensar.

Sin embargo, el orador duda de que se pueda establecer tal diagnóstico, y por lo mismo se declara partidario incondicional de la operación precoz. Ha observado 4 casos de muerte por íleo á consecuencia de formaciones de bridas consecutivas á la apendicitis. En general, los Médicos prácticos consideran á la enfermedad más benigna de lo que es.

De 51 casos no operados, han muerto 8 con peritonitis general no operable; de 49 operados precozmente murieron 4, de ellos 3 de peritonitis difusa; en 1 había además un sarcoma de la pleura que comprimía al corazón. De 15 casos operados de apendicitis gangrenosa, no falleció ninguno.

El Dr. *Schlange* (de Gotinga) hace notar que en los casos de apendicitis con perforación, hay un período prodrómico; si entonces no se opera en tiempo oportuno, el enfermo muere irremisiblemente. El autor habla con cierto desdén de los Médicos que ignoran lo que es una apendicitis. Respecto á si se debe practicar la apendectomía tan pronto como se inicia la inflamación, es indudablemente el medio más seguro, pero también demasiado radical. Acaso convenga distinguir entre el primer ataque y el segundo. En el primero el pronóstico es dudoso, y por lo mismo es preferible decidirse pronto á operar; lo mismo ocurre en la primera recidiva, sobre todo después de enfermedades infecciosas, en cuyo caso el pronóstico es peor. Después de ataques repetidos es mejor esperar.

El Dr. *Rehn* (de Franckfort sobre el Mein) niega la posibilidad de establecer un pronóstico en la apendicitis. Tratándose de una enfermedad que expone á tantos y tan inesperados peligros, hay que procurar su curación radical y segura y ésta no puede obtenerse más que por medio de la operación.

De 444 casos operados por el autor, 80 fueron agudos, sin supuración y sin un sólo fallecimiento; 228 fueron casos de absceso con 25 muertes, y 136 fueron casos de peritonitis con 61 muertes. En el último año, de 27 peritonitis curaron 18 y murieron 9.

El Dr. *Arnsperger* refiere que en los últimos cinco años fueron operados en la Clínica de Heidelberg 358 casos de apendicitis con 27 muertes. De 150 operaciones practicadas en frío no ha habido un sólo fallecimiento. Es de advertir que á la Clínica no van más que casos graves. Con esperar á que la inflamación haya pasado y á que el enfermo se haya repuesto, no se le irroga ningún mal, y en cambio la operación en frío está exenta de peligro. Claro está que los casos urgentes exigen una operación perentoria. En los casos avan-

zados se operaba antes en dos tiempos, pero ahora se prefiere hacerlo en uno, porque no es raro que los pacientes se resistan á la segunda operación, creyéndose curados al ver que han mejorado, para morir á veces más tarde á consecuencia de complicaciones. En los casos primitivamente subagudos basta con la simple incisión.

El Dr. *Payr* (de Gratz) hace notar cómo los malos resultados del tratamiento expectante han convencido á *Körte* y *Kümmel* de la necesidad de la operación precoz.

Por su parte ha operado 63 casos; 50 con empiema fueron operados en las primeras cuarenta y ocho horas. La seguridad en el diagnóstico la da tan sólo la tensión de los músculos abdominales. En 5 casos, á las tres horas de iniciados los primeras síntomas se encontró en la operación con que ya había un empiema.

La curación se obtuvo en quince días en los operados en las primeras treinta y seis horas y en veinticuatro días en los operados á las cuarenta y ocho horas.

En un 10 por 100 de los casos operados fué menester practicar una segunda operación, á veces á consecuencia de hernias consecutivas á la primera.

El Dr. *Hochenegg* (de Viena) trata de los abscesos de Douglas y de las cavidades purulentas enquistadas que se forman en la pelvis menor á consecuencia de apendicitis. No es de rigor que en estos casos exista una grave inflamación parenquimatosa del apéndice. Así, en un sujeto que nunca había padecido de apendicitis se presentaron de pronto dolor intenso en el vientre, colapso y meteorismo; después se restableció el enfermo. Más tarde se presentaron: peristalsis enérgica, retención de orina y oclusión intestinal; la exploración por el recto demostró la existencia de un tumor. En la operación se vió que no había inflamación parenquimatosa del apéndice, y sólo se encontró una pequeña rotura en sus paredes. Para abrir los abscesos es preferible la vía parasacra, ó sea por detrás y por abajo, que la vía abdominal. De 23 operados por la vía parasacra se curaron 21.

El Dr. *Schnitzler* (de Viena) presenta una estadística de 700 casos operados: de 18 operaciones precoces fallecieron 2. Para el pronóstico importan mucho los síntomas generales; es de mal augurio el meteorismo considerable, porque revela que hay parálisis intestinal.

El Dr. *Sprengel* (de Brunswik) opina que acaso se llegará algún día á distinguir las diferentes fases de la enfermedad. Los síntomas más importantes son la tensión de los músculos abdominales y la dificultad de la respiración abdominal. Por ahora basta con distinguir dos grupos: la apendicitis simple y la destructiva. El autor está por la operación precoz, porque hay la amenaza de la peritonitis y ésta es mortal; de aquí que convenga apelar poco á la operación en frío. La operación intermedia no es tan peligrosa: de 51 casos de este grupo sólo fallecieron 2 por peritonitis circunscrita.

El Dr. *Körte* cree también que los casos de comienzo agudo y con tensión de vientre se deben operar sobre la marcha. El recuento de

los leucocitos no le ha prestado servicios y hasta le ha inducido á error.

(XXIV Congr. alemán de Cirug.)

\*  
\*\*

**La hiperemia por estancación en las enfermedades agudas.**

—El Dr. *Bier*, de Bona, describe su procedimiento, encaminado á tratar las enfermedades quirúrgicas inflamatorias y agudas de la manera más suave y menos dolorosa posible, evitando grandes intervenciones quirúrgicas. En la clínica de v. Bergmann ha tratado algunos casos, aunque faltaban los que mejor se prestan al procedimiento, v. gr., la mastitis y los forúnculos. Para las inflamaciones localizadas en el tronco utiliza aparatos de succión, que presenta.

En la mastitis purulenta, para que el procedimiento sea menos doloroso, se hace la succión con una pera de goma, después de haber empleado un sacaleches. Las ventosas se aplican cinco minutos, y en conjunto tres cuartos de hora al día. Si hay abscesos basta con una punción pequeña, practicada en medio del spray. La curación se efectúa sin cicatriz. Si con el empleo de ventosas se presentan abscesos, se incindirán con un corte pequeño. La succión calma rápidamente los dolores.

Para tratar el forúnculo se emplea la ventosa; de este modo se extrae rápidamente el tapón. Si existe una escama, se quita previamente, pero no se hace más que un pinchacito. En unos cinco días se cura el proceso.

*Carbunco.*—Tampoco en este caso se practicarán grandes incisiones. Seis carbunclos acribillados de agujeros curaron con bastante rapidez. En el carbunco de la cara se emplea un aparato muy delicado. El autor presenta un caso de carbunco de la región mentoniana, que ya está reblandecido, y otro de inflamación purulenta de la axila, que se ha abierto por medio de cataplasmas; en este caso ha habido grandes hemorragias. En estos casos, el aparato es difícil de aplicar; el autor utiliza una ventosa pequeña, cuyo borde unta con grasa, y hace notar que con el tratamiento no deben ocasionarse incomodidades ni dolores. En el caso de carbunco se hizo una incisión pequeña, y ahora ya ha mejorado el enfermo por medio de la aspiración.

*Linfangitis en el antebrazo y en el dorso de la mano.*—A las catorce horas de hiperemia por estancación, obtenida mediante la aplicación de una venda, ha desaparecido casi por completo. Cuando se pone la venda se presenta rápidamente un edema agudo violento y aumenta la inflamación, pero no los dolores. Dicha inflamación es una reacción curativa de la naturaleza contra los principios tóxicos que han penetrado en el organismo. La estancación se obtiene colocando una venda de goma, y como hay que vigilarla mucho exige un personal adiestrado, por cuya razón debe ser dirigido el procedimiento por el Médico del hospital, con personal de toda confianza; un Médico poco práctico en el procedimiento no debe emplearlo de buenas á primeras en casos graves, v. gr., en flemones. La venda

debe permanecer colocada por lo menos diez horas, si puede ser veintidós, después de haberla colocado durante este tiempo una vez más arriba.

El autor presenta también un caso de inflamación de la mano con formación de vesículas y rubicundez, que llega hasta el brazo. A las catorce horas de puesta la venda, mejoría notable; cuando la piel es fina, debajo de la venda de goma se pondrá otra de organdi.

*Supuración de las falanges primera y segunda del dedo medio, tratada desde hace diez días y ahora desaparecida por completo.*—En estas inflamaciones supuradas la incisión no se debe hacer sobre la articulación, porque de hacerlo así se dificulta mucho la curación. También conviene que se hagan movimientos con la articulación para evitar que se presenten rigideces.

*Flemón de la vaina del tendón del pulgar, consecutivo á una lesión con astillas de algún cuerpo extraño.*—No se debe colocar un tapón, porque un cuerpo extraño nunca es bien tolerado por una herida.

*Balazo de la mano sufrido hace cinco días; secreción de un pus tenue y sanguinolento, en el que se han encontrado estreptococos.*—Gracias á una incisión pequeña se pudo extraer la bala; después se empleó la hiperemia por estancación, y en la actualidad se observa una mejoría notable.

*Modo de emplear el procedimiento en la articulación del hombro.*—Acolchado con un manguito de fieltro, envoltura del cuello con un paño doblado, forrar el tubo constrictor é intercalar pausas frecuentes para evitar la úlcera por compresión; esto no obstante, la estancación se sostendrá por lo menos diez horas.

*Panadizo de vainas tendinosas.*—Incisiones muy pequeñas; desde hace dos días mejoría considerable.

*Panadizo de los huesos y articulaciones del dedo medio, de cuatro semanas de fecha.*—Después de quitados los tapones que se habían colocado, se empleó la hiperemia por estancación; mejoría. Sin embargo, en un caso tan adelantado como éste, no se puede prescindir de la compresión de la articulación.

*Supuración del oído medio.*—Niño pequeño, de cuello corto y, por lo tanto, poco á propósito para este tratamiento. En estos casos, para obtener la hiperemia por estancación, se emplea una venda de goma y algodón de 1 á 2 centímetros de ancho, según la edad, y de una longitud algo menor que el perímetro del cuello. Esta venda tiene en un extremo una asa y en el otro un gancho; por debajo se coloca una venda de organdi y fieltro. Este procedimiento da también excelente resultado en la mastoiditis, como ha tenido ocasión de comprobarlo el autor en sí mismo. Se presentan una ligera cianosis de la cara y edema. La venda se deja puesta veintidós horas, y en los niños de piel fina no menos de diez.

El autor ha tratado 18 casos de mastitis, que se curaron por completo en unas tres semanas; 120 forúnculos, que se curaron en cinco días; 6 carbunclos, que se curaron en algunas semanas; 18 casos de

mastoiditis, de los cuales se curaron por completo 12; en 3 casos se trataba de colesteatomas, en 1 de secuestro, en 2 casos, como el tratamiento duró poco tiempo, persistió la supuración. También se curaron 2 casos de dacriocistitis.

En centenares de casos de inflamación aguda que ha tratado con el procedimiento referido, nunca ha tenido que lamentar el menor percance como consecuencia del mismo.

(XIV Congr. alemán de Cirug.)

\*  
\*\*

**Diagnóstico de las fracturas del calcáneo.**—El Dr. *P. Fournaise* (de París): Desde hace seis años he visto unos 150 casos de fractura del calcáneo. Estas fracturas, más frecuentes de lo que se creía antes, pueden dividirse en tres clases: primera, fractura longitudinal; segunda, fractura transversal; tercera, fractura conminuta.

Los síntomas clínicos son: infarto, dolor á la presión, desaparición de los huecos laterales del tendón de Aquiles, hundimiento más ó menos acentuado de la bóveda plantar y separación de la mortaja tibioperonea con equimosis submaleolares.

La pérdida que experimenta un obrero á consecuencia de la fractura del calcáneo varía según la edad y la especie de lesión. En general, varía entre 25 y 50 por 100, según se interesen uno solo ó los dos huesos.

El Dr. *Rémy* (de París) describió un procedimiento que permite obtener por los rayos X una imagen perfecta del calcáneo; la placa se coloca en el suelo á poca distancia de un muro, contra el cual se apoya el enfermo, que coloca sobre la placa sus dos pies, los talones próximos uno á otro y en posición simétrica. La ampolla se coloca sobre el plano vertical de separación de los dos pies, lo más cerca posible de la vertical, á contar de su parte anterior. Por este procedimiento se hace evidente la deformación más insignificante.

(Congr. intern. de accid. del trabajo).

\*  
\*\*

**Solución de benzoato mercúrico para inyecciones.**—Según *Ganthier*, las fórmulas corrientes no dan un preparado utilizable. Es mejor preparar el benzoato mercúrico precipitando por benzoato sódico una solución nítrica de óxido mercúrico amarillo y preparar luego la solución con arreglo á esta fórmula:

Benzoato mercúrico recién preparado.....	3 gramos.
Acido benzoico.....	5 »
Amoniaco líquido.....	4 »
Agua destilada.....	100 »

Tritúrese primero la sal mercúrica con el ácido benzoico, añádase luego el amoniaco y finalmente el agua hirviendo. El líquido, después de filtrado, resulta claro, ligeramente alcalino, dando excelentes resultados.

(*Bull. des Scienc. Pharm.*)



## SECCION PROFESIONAL

### VIAJES DE INSTRUCCIÓN AL EXTRANJERO

«Circular.—Excmo. Sr.: La Real orden de 1.º de Marzo último (*D. O.* núm. 50) dispuso los «viajes de instrucción al extranjero» de Jefes y Oficiales de las distintas Armas y Cuerpos del ejército, excepción hecha del de Sanidad Militar, para el cual se crearon las comisiones á que se refiere la Real orden de 13 de Febrero de 1901 (*C. L.* núm. 29), con el fin especial de estudiar los progresos de la ciencia para la profilaxis y tratamiento de las enfermedades. Teniendo en cuenta la necesidad de que dicho Cuerpo amplie sus estudios en el extranjero, dedicándose además á otros de carácter puramente militar, como son los de servicios y material sanitario en campaña, y considerando la conveniencia de que los trabajos del expresado Cuerpo obedezcan todos á un pensamiento director, con arreglo á las necesidades del ejército, cooperando á la idea que presidió al disponerse los «viajes de instrucción al extranjero», el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien resolver lo siguiente:

1.º Se considerará ampliada la Real orden de 1.º de Marzo último (*D. O.* núm. 50) en el sentido de que, en lo sucesivo, los Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar concurrirán con los demás del ejército á los «viajes de instrucción al extranjero», en el número y para el estudio científico ó del servicio que se determine en cada caso, á propuesta del Jefe del Estado Mayor Central del ejército, en la misma forma y con iguales devengos extraordinarios que determina la Real orden citada.

2.º Queda derogada la Real orden de 13 de Febrero de 1901 (*C. L.* número 29), referente á comisiones al extranjero del Cuerpo de Sanidad Militar, en todo aquello que se oponga á los preceptos de esta disposición, continuando, sin embargo, vigentes los concursos de méritos profesionales cuando se disponga el estudio de asuntos puramente científicos, bien sean de carácter médico ó farmacéutico, ajenos á los servicios militares.

3.º Del total crédito del capítulo 5.º, artículo 4.º del presupuesto del Ministerio de la Guerra, é interin no aparezca una partida especial en el proyecto de presupuesto que haya lugar, se considerará destinada á las atenciones de los «viajes de instrucción al extranjero» la cantidad de 127.000 pesetas, incluyéndose en ella la de 18.000 pesetas que en el mismo



capítulo y artículo aparece destinada para comisiones de instrucción al extranjero del Cuerpo de Sanidad Militar.

4.º Una comisión, compuesta de 2 Jefes ú Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar, estudiará en el presente año, y durante tres meses, los servicios y material sanitario de los ejércitos extranjeros que se determinen por el Estado Mayor Central y con arréglo al cuestionario que redactará el mismo Centro.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 10 de Mayo de 1905.—Martitegui.—Señor.....»

\*  
\*\*

### MATERIAL SANITARIO

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito del General del primer Cuerpo de ejército de 5 de Enero último, en que daba cuenta á este Ministerio que de una remesa de medicamentos que había efectuado el Laboratorio Central de Sanidad Militar con destino al hospital militar de Burgos, había sido retenida por el resguardo de consumos de dicha capital una bombona de 50 kilogramos de alcohol; teniendo en cuenta que este hecho se ha repetido en otras localidades, y con el fin de que sea cumplimentado en todas sus partes el Reglamento de la renta de alcoholes de 7 de Septiembre último, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que se acompañe siempre el *vendi* á las remesas de alcohol que se efectúen con destino á los hospitales militares, á cuyo efecto, el Laboratorio Central de medicamentos de Sanidad Militar deberá constituirse como un almacén á los efectos del capítulo 11 del Reglamento citado, y recabar de la Administración de Hacienda de esta provincia la apertura de cuenta corriente y la entrega de talonarios de *vendits*, para documentar las remesas que tenga que efectuar de dicho líquido.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 25 de Mayo de 1905.—Martitegui.—Señor.....»

\*  
\*\*

### DOCUMENTACIÓN

«Circular.—De orden del Excmo. Sr. Ministro, en vista de lo informado por la Junta facultativa de Sanidad Militar, los Inspectores y Jefes

de Sanidad Militar de las Regiones, Capitanías generales y Gobiernos militares, dispondrán lo conveniente á fin de que, desde el mes actual, se unan á las cuentas de farmacia de los servicios especiales de venta de medicamentos las recetas, vales y relaciones pedidos, que no se remitían en virtud de la circular de 30 de Diciembre de 1893, que queda derogada. Madrid 25 de Mayo de 1905.—El Jefe de la Sección, Gonzalo Armendariz».

\*  
\*\*

## FILTROS

«Circular.—Excmo. Sr.: Con el fin de que se pueda realizar la instalación de filtros en aquellos edificios y dependencias militares que sea necesario, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer lo siguiente: Primero. Adoptar como reglamentario el filtro de porcelana de amianto sistema «Mallié», por ser el que hoy reúne mejores condiciones, debiendo proponerse la instalación de dicho filtro siempre que no sea posible proporcionarse aguas de manantial ó conducida en tal forma que no sea de temer su contaminación, teniendo en cuenta que el rendimiento de un filtro de 15 bujías no excede de 1.000 litros diarios y que se calculan necesarios 3 para cada 1.000 hombres. Segundo. Como se trata de un material que ha de instalarse en condiciones de ser fácilmente desmontable, los filtros, bombas, acumuladores y demás accesorios, se considerarán como material para abastecimiento de agua á los edificios militares y será cargo su adquisición y entretenimiento á los fondos de que dispone la Administración Militar para estas atenciones. Tercero. Las obras necesarias para la instalación de los filtros, así como para la de las bombas, acumuladores, etc., se harán con cargo al material de Ingenieros, siendo este Cuerpo el que en todos los casos formule los proyectos para dicha instalación. Cuarto. La dirección y cuidado para el buen funcionamiento de los filtros, así como su limpieza, regeneración y esterilización, estarán á cargo del Cuerpo de Sanidad Militar, representado por los individuos del mismo destinados en cada edificio ó dependencia y personal á sus órdenes. Quinto. Se limpiarán los filtros todos los días, valiéndose de un cepillo adecuado y se regenerarán una vez cada semana, sumergiendo las bujías en una disolución de permanganato de potasa al 1 por 1.000 durante media hora. Y sexto. Se esterilizarán todos los meses, sumergiendo las bujías en una disolución de permanganato de potasa al 5 por 1.000 durante media hora y después en otra de bisulfito potásico al 5 por 100 por el mismo tiempo.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 29 de Mayo de 1905. — Martí-tegui. — Señor.....»

\* \* \*

#### DESPACHO Y TRAMITACIÓN DE ASUNTOS

«Circular.—Exemo. Sr.: Determinado por el artículo 7.º de la Real orden circular de 15 de Diciembre último (C. L. núm. 253) que la Inspección general de los establecimientos de Instrucción é Industria militar tenga á su cargo el examen y aprobación de las cuentas de las farmacias militares que se verificaba en este Ministerio con el concurso de la Junta Consultiva de Guerra, y teniendo presente la conveniencia de abreviar los trámites de la documentación referida perteneciente al servicio de presupuesto y la del Laboratorio Central de medicamentos y del sucursal de Málaga del mismo servicio, en que también intervenía la Junta expresada, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que en lo sucesivo se remita directamente á dicha Inspección la documentación de referencia por los Inspectores y Jefes de Sanidad Militar de las Regiones, Capitanías generales de Baleares y Canarias y Gobiernos militares de Ceuta y Melilla y plazas menores de África y Directores de los Laboratorios mencionados, y que las observaciones ó reparos que se deriven de ella antes de su aprobación se tramiten directamente por la repetida Inspección á los Jefes que efectúen la remisión.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 31 de Mayo de 1905.—Martí-tegui.—Señor.....»

---

#### V A R I E D A D E S

---

En el mes de Septiembre próximo pasado dejó de pertenecer á la escala activa nuestro distinguido Jefe y amigo el Inspector médico de primera clase D. Pedro Gómez y González. Persona de gran ilustración y carácter, demostró con sus iniciativas y su laboriosidad grandes conocimientos en todos los servicios que el Cuerpo tiene encomendado, y su paso por la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra constituye una época de reformas más ó menos fundamentales, pero todas ellas re-

clamadas por la opinión, y que por ser tan recientes y estar en la memoria de todos no nos detenemos á enumerar.

Al pasar á situación de reserva, puede tener la seguridad de que le acompañan la consideración y el afecto de los numerosos amigos con que cuenta en el Cuerpo.

\*  
\*\*

Durante el mes de Septiembre próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.048 defunciones, que arrojan un término medio diario de 34'933 y una proporción de 1'842 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1904 hubo también 1.048 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 198, de menos de un año; 178, de uno á cuatro años; 97, de cinco á diez y nueve; 178, de veinte á treinta y nueve; 187, de cuarenta á cincuenta y nueve, y 210, de sesenta en adelante.

Las principales causas de defunción han sido: diarrea y enteritis (menores de dos años), 135; tuberculosis pulmonar, 124; pneumonía y bronco-pneumonía, 76; meningitis simple, 70; enfermedades orgánicas del corazón, 49; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 33; fiebre tifoidea, 36; bronquitis aguda, 36; tumores cancerosos, 35; congestión y hemorragia cerebrales, 33; tuberculosis varias, 31; bronquitis crónica, 22; senectad, 17; gripe, 16; meningitis tuberculosa, 10; afecciones puerperales, 9; coqueluche, 7; difteria y crup, 7; escarlatina, 4; suicidios, 4; reblandecimiento cerebral, 3; sarampión, 2; viruela, 1; debilidad congénita, 1; otras causas de defunción, 282.

---

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

**Igiene navale.**—Manuale per medici di bordo, ufficiale naviganti e costruttori navali.—*C. M. Belli*, Capitano Medico nella R. Marina é libero docente d'Igiene nella R. Università di Padova.—Societ  editrice libraria.—Milano. 1905.

**Tratado de las enfermedades nerviosas**, por el *Dr. H. Oppenheim*.—Traducido de la tercera edición alemana por el *Dr. M. Montaner*.—Barcelona. *F. Seix*, editor. 1905. (Cuadernos 35 al 43 inclusive).

**Los trastornos encefálicos en las insuficiencias aórticas de origen endocárdico.**—Monografías y estudios clínicos por *Federico González Deleito*, del Cuerpo de Sanidad Militar.—Madrid. 1905. (Dos ejemplares).

**Nuestro carácter.**—Reflexiones acerca del estado psíquico orgánico de nuestra raza y manera de robustecerla, por *Enrique Mateo Bascones*.—Madrid, librería editorial de Bailly-Bailli re é hijos, Plaza de Santa Ana, número 10.

**Introducción al estudio de la psicología positiva**, por *Tomás Maestre*, Catedrático de Medicina legal y Toxicología de la Universidad de Madrid, con un prólogo del *Doctor Cajal*.—Madrid, librería editorial de Bailly-Bailli re é hijos, Plaza de Santa Ana, número 10.