

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVI

Madrid 15 de Enero de 1902

Número 350

## XIV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN FRANCESA DE CIRUGÍA

(Continuación).

### TRATAMIENTO DE LAS ADENOPATÍAS TUBERCULOSAS.

RESUMEN DEL INFORME DE A. BROCA, CIRUJANO DEL HOSPITAL TENON,  
AGREGADO Á LA FACULTAD DE PARÍS

El descubrimiento del bacilo de Koch ha venido á poner fin á empeñadas discusiones, demostrando la naturaleza tuberculosa de los tumores escrofulosos. El microbio que los produce puede hallarse en estado de atenuación de sus efectos, pero resulta que el organismo del individuo que padece la escrófula ofrece al germen un terreno abonado; y al plantear un procedimiento que conduzca á la curación de las manifestaciones localizadas no puede prescindirse de una terapéutica médica que modifique y mejore el *temperamento linfático ó escrofuloso*, favorable al incremento y acción de dicho germen. Importa, en primer término, atender á las condiciones higiénicas en que los individuos se hallan colocados, completándolas merced á los agentes farmacológicos, oportunamente asociados y variados con acierto, iodo, arsénico, hierro, cuerpos grasos, fosfato de cal, etc., auxiliares tan sólo de la alimentación, del influjo de una atmósfera pura, sobre todo marítima, y la de ciertas estaciones montañosas y salinas.

En ciertos casos bastan para la curación la influencia marítima y la medicación general; frecuentemente hay que agregar remedios locales, que son en número considerable si han de citarse los empleados desde hace bastantes años. La eficacia de la mayoría de

éstos es muy dudosa, y así caen en el olvido poco después de haberse encomiado sus efectos. Los únicos que merecen hoy tomarse en consideración, según A. Broca, son: las inyecciones intersticiales modificatrices, la extirpación y el vaciamiento (évidement); y aun conviene renunciar á este último, porque es peor ponerlo en práctica. Tiene cada proceder sus indicaciones, fundadas en la forma anatómica de las lesiones; razón por la que ha de juzgarse errónea la tendencia á preferir uno, con exclusión de los demás.

Por etapas sucesivas, el ganglio, aumentado de volumen, sin notables cambios al principio en su aspecto y consistencia, pasa al estado de caseificación, y luego al de liquefacción del contenido ó supuración; se forman adherencias de periadenitis, la envoltura del ganglio se rompe en un punto, y el pus se colecciona, ordinariamente, hacia la pared ó superficie tegumentaria. La localización puede ser mono ó poli-ganglionar, y en esta segunda forma se aprecian, generalmente, las lesiones en distintas fases de su evolución.

Las inyecciones intersticiales, compuestas de muy variadas sustancias, con el fin de retraer ó reblandecer los ganglios tuberculosos, quedan reducidas actualmente á las de iodoformo, disuelto en diferentes vehículos, y de naftol alcanforado. La técnica se sujeta al estado anatómico ganglionar. Con el uso del éter iodoformado, hay que evitar los inconvenientes de los vapores etéreos en el tejido conjuntivo. Con respecto al naftol alcanforado, la fusión progresiva de ganglios, á los que no llegó la inyección, se realiza pocas veces; así, lo regular es que cada ganglio haya de ser curado independientemente. Pasan, de esta manera, meses, un año ó más antes que la curación perfecta pueda obtenerse; cuando existen fístulas, las inyecciones intersticiales tienen menos valor.

Razones poderosas inducen á elegir, en muchos casos, la extirpación de los ganglios tuberculosos, por más que gran número de adenopatías pueden curar perfectamente con la terapéutica médica, la higiene y los aires del mar, debiendo, en semejantes circunstancias, anteponerse á la extirpación.

En las adenitis *no supuradas*, la extirpación debe quedar para una forma especial: la *linfomatosa*. El *linfadenoma* debe distinguirse del *linfosarcoma*, tumor maligno en que los fenómenos de compresión de los órganos cervicales se presentan pronto, revisitiendo verdadera gravedad. Una incisión de 5 á 6 centímetros bajo el borde de la mandíbula ó sobre el borde anterior del esterneocleido-mastoideo, según el asiento de los ganglios engrosados principales, permite extraerlos y deja cicatriz menos deforme que la consecutiva á aberturas por donde se ha eliminado el humor de una supuración, provocada, frecuentemente, por las mismas inyecciones intersticiales. En pocos días queda el paciente curado de su operación, sin más que una cicatriz lineal.

Esta forma de hipertrofia simple ó linfadenoma benigno, como se ha llamado, cura mediante la intervención quirúrgica, sin tendencia á la recidiva local, sobre todo si los pacientes han podido disfrutar las ventajas del plan general contra el escrofulismo.

*Un solo ganglio, duro y caseoso*, se cura con la inyección, teniendo á evitar la cicatriz, ó con la extirpación, indiferentemente. La elección en los ganglios múltiples y caseosos está por el bisturí, tanto más cuanto que es muy común tener que recurrir á la extirpación después de largos meses de inyecciones, encontrando entonces mayores dificultades por el estado de los tejidos y la peria-denitis.

En la *forma supurada* es preferible la inyección modificatriz, sea el padecimiento mono ó poli-ganglionar.

Las fístulas consiguientes á la abertura espontánea de los abscesos ganglionares, á la inyección ó al raspado, mejoran y aun cesan con curas adecuadas en unión del tratamiento general; la operación debe practicarse después del asiduo empleo de estos medios. La sola permanencia en una estación marítima es de resultado muy lento, que exige años de perseverancia; al alejarse del mar los enfermos, obsérvanse las recidivas.

Los profundos raspados, que se aconsejan en tumores ganglionares, cuya extirpación se juzga imprudente ó inaceptable por los

peligros de la operación, nunca pueden compararse á la rapidez con que la curación se obtiene, con sencillas consecuencias, por medio de una franca extirpación, seguida de la reunión inmediata, si bien es innegable que en estos casos se pone á prueba la pericia del Cirujano.

En cuanto á la *técnica* de la operación, se procura circunscribir con el bisturí los orificios fistulosos, trazando, á ser posible, una incisión paralela al cuerpo de la mandíbula ó al borde anterior del esterno-mastoideo; las tijeras curvas tienen uso frecuente y oportuno, no sólo por su corte, sino á modo de espátula. Siguiendo la extirpación de delante hacia la nuca, es más fácil y seguro salvar el riesgo que los vasos ofrecen; separar los ganglios anteriores y alcanzar el paquete vásculo-nervioso, cuanto antes mejor; el modo de respetarlo es tenerlo á la vista. A. Broca describe extensamente el curso de la operación, indicando el momento en que nervios y vasos importantes están expuestos á ser divididos; para evitar un grave accidente se limitan los cortes de tijera, dirigida siempre que se pueda como una espátula curva, entre la substancia ganglionar y la cubierta conjuntiva indurada. Esta membrana conjuntiva periganglionar se coge y pone tensa con la pinza, pues el ganglio no ofrece resistencia ni punto de apoyo.

En la axila y en la ingle la extirpación es posible y se efectúa con las debidas precauciones.

La herida operatoria se sutura, excepto en el punto en que debe dejarse un grueso tubo de desagüe. Antes toca los tejidos con una torunda empapada en solución de cloruro de zinc (1 : 10), á pesar de los inconvenientes que la experimentación en los animales descubre en esta substancia. El informante manifiesta haber practicado 370 operaciones de este género sin haberse producido accidentes. Cree que la operación, anatómicamente, es siempre posible y es preferible á los vaciamientos y raspados, quedando las indicaciones, por lo tanto, reducidas á elegir entre el tratamiento médico aislado, las inyecciones intersticiales ó la extirpación, que conviene, principalmente, á determinadas formas ya expresadas.

Examinando la gravedad que la extirpación entraña, juzga que con una técnica bien reglada y una rigurosa asepsia, los peligros se vencen y resulta benigna la operación. En cuanto á las consecuencias, en el concepto estético y funcional, como son: desviaciones por sección de músculos, parálisis por la sección de nervios, el edema elefantisiaco, debido á obstrucción de vías linfáticas, la cicatriz, muchos de estos inconvenientes, piensa que son menores de lo que se ha supuesto. La división de un tronco nervioso importante, como el nervio facial, se produce excepcionalmente; en el curso de una operación causó la lesión de este nervio y la consiguiente parálisis facial completa. La cicatriz operatoria es menos deforme que las cicatrices espontáneas.

Se extiende A. Broca en consideraciones acerca de la opinión formulada por Verneuil al exponer el efecto de las operaciones cruentas en los individuos tuberculosos, pudiendo agravar lesiones preexistentes, especialmente pulmonares, ó provocar una infección miliar aguda, sobre todo por parte de las meninges. Esta influencia temible, que hace rechazar á algunos la intervención quirúrgica, por suponer que provoca indirectamente un término funesto, es mirada como un hecho discutible, la mayor parte de las veces, y ciertamente raro. Si es verdad que puede producirse la autoinoculación de la herida, es indudable que los raspados, etc., son más peligrosos, en tal concepto, que la franca extirpación. Una de las objeciones de más fuerza que contra ésta se presentan es la recidiva local; al cabo de pocos meses de la operación aparecen nuevas adenopatías, á cuyo aspecto desgraciado añádese la cicatriz; pero está admitido que en la axila y en la ingle se obtiene casi siempre la curación definitiva sin reaparición del padecimiento local. En la región del cuello, á medida que la técnica se perfecciona, las recidivas locales son menos frecuentes, como puede verse por los datos que arrojan algunas estadísticas, en las que hay que tener en cuenta la diferente perfección de la técnica operatoria. No ha de olvidarse, además, que la extirpación se pone en práctica únicamente cuando han fracasado otros medios; siendo de lamen-

tar los grandes obstáculos con que tropieza el empleo del tratamiento marítimo, oportunamente prolongado en beneficio de las clases pobres.

En la segunda sesión del día 25 hicieron uso de la palabra, para emitir su opinión relativamente á los conceptos sostenidos en el anterior trabajo, Demons, Berger, Duret, Chénieux, Manclaire, Ménard, Calot, Coudray, Péraire, Delorme, los que coincidieron en reconocer la prioridad de la terapéutica médica con la benéfica influencia marítima y termal, recurriendo en último caso á la extirpación. Algún orador, como Berger, hizo notar la frecuencia de las recidivas á pesar de esta operación; otros insistieron en los ventajosos efectos de las inyecciones modificatrices. A la hora correspondiente dejaron de presentarse Profesores que habían anunciado la explanación de temas relacionados con el que acaba de exponerse.

J. DEL CASTILLO.

Médico mayor.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**Tumores de los tubérculos cuadrigéminos.**—El presente trabajo del Dr. Nissen se halla basado en el estudio de 5 casos (3 de ellos con autopsia) de tumores caseosos de los tubérculos cuadrigéminos, observados en niños cuya edad variaba de un año y medio á cinco años. Cuatro de esos tumores se habían extendido á los pedúnculos cerebrales y á su envoltura; el quinto no ocupaba sino la parte superior del mesocéfalo, es decir, los tubérculos cuadrigéminos propiamente dichos.

Después de haber recordado la multiplicidad y la diversidad de los síntomas á los cuales dan lugar los neoplasmas de los tubérculos cuadrigéminos, á causa de la situación topográfica de esta región, que sirve en cierto modo de intermediaria entre el cerebro, el cerebelo y la protuberancia, el autor insiste sobre la necesidad que

existe de precisar cuidadosamente lo que corresponde—en este cuadro clínico complejo—á los síntomas en foco, de una parte, y á los síntomas difusos, de otra. Sin embargo, no cree poder aceptar la opinión del Dr. Nothnagel, á juicio de quien el andar vacilante (sobre todo cuando éste constituye la manifestación inicial del estado morbosos) y la oftalmoplegia bilateral son los únicos signos patognomónicos de los tumores de los tubérculos cuadrigéminos. En efecto; en uno de los enfermos del Dr. Nissen, ambos fenómenos habían dejado completamente de producirse, y, sin embargo, la autopsia reveló la existencia de un tumor limitado exclusivamente á los tubérculos cuadrigéminos. De ahí que el autor estime que, para establecer un diagnóstico topográfico racional, conviene distinguir tres regiones funcionalmente distintas: los pedúnculos cerebrales, su envoltura (cáscara), y, por último, los tubérculos cuadrigéminos propiamente dichos.

La lesión de los pedúnculos cerebrales (con el haz piramidal) se manifiesta por una parálisis de las extremidades del lado opuesto, acompañada de rigidez y de contracturas. Esta parálisis es naturalmente bilateral cuando el tumor rebasa la línea media é interesa los dos pedúnculos á la vez. Un neoplasma, situado á nivel del techo de los pedúnculos cerebrales, da lugar á la parálisis de los músculos internos y externos del ojo, inervados por el nervio motor ocular común, y á veces también á la parálisis del nervio patético. A ésto se agregan trastornos en el andar que afectan la forma de la ataxia cerebelosa, sin que pueda concederse empero á este síntoma el mismo valor diagnóstico que á la oftalmoplegia. Finalmente, en lo que concierne á los tumorcitos que no ocupan sino los tubérculos cuadrigéminos; parece difícil, por el momento, atribuirles un signo patognomónico, y es probable que más de una vez quedan completamente ignorados. Con todo, basándose en uno de los casos que ha tenido la ocasión de observar, el Dr. Nissen se inclina á admitir que las lesiones de los tubérculos cuadrigéminos solos se manifiestan particularmente por trastornos de la sensibilidad y por dolores que se irradian hacia la porción dorsal del raquis, lo cual vendría á encajar bastante bien con la opinión, según la cual la cinta de Reil se termina, en parte, en los tubérculos cuadrigéminos anteriores. Los trastornos del oído—particularmente la disminución de la agudeza auditiva—dimanan en cierta medida de las alteraciones de los tubérculos posteriores, pero es probable que los cuerpos geniculados desempeñan un papel importante en su producción.

Al lado de estos síntomas de lesiones en foco, es necesario, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial entre los tumores de los tubérculos cuadrigéminos y los del cerebelo, tener en cuenta ciertas particularidades que presentan, según los casos, los fenómenos comunes á todos los neoplasmas del encéfalo. Así, por ejemplo, la cefalalgia, que en los sujetos atacados de un tumor cerebeloso afecta siempre á la nuca, es menos tenaz y más inconstante, como localización, cuando se trata de un neoplasma de los

tubérculos cuadrigéminos. Con la primera de estas localizaciones, los vómitos se repiten muy frecuentemente durante todo el curso de la afección, al paso que con la segunda se muestran principalmente en los comienzos, para volverse muy espaciados ó hasta para desaparecer completamente durante la evolución de la enfermedad y reapareciendo poco antes de la muerte.

Sin embargo, el estado del fondo del ojo y el de la vista son los que suministran particularmente elementos importantes para el diagnóstico diferencial. El estrabismo, poco acentuado en los tumores del cerebelo, en los cuales parece más bien debido á una paresia de los músculos del ojo que á una verdadera parálisis, resulta por el contrario muy marcado en caso de neoplasma de los tubérculos cuadrigéminos, en el cual se observan oftalmoplegias nucleares graves. Cuanto al examen del fondo del ojo, no ha revelado sino una vez sobre cinco la existencia de una neuritis óptica, y aun esta lesión se hallaba bajo la dependencia de un exudado seroso que ocupaba la base del cerebro, y especialmente la región del quiasma. En cambio, en los enfermos portadores de un tumor del cerebelo que el Dr. Nissen ha tenido la ocasión de someter al examen oftalmoscópico, ha notado siempre ora una neuritis, ora una atrofia del nervio óptico. Hecho interesante: el edema papilar por compresión se observa muy raras veces en los niños. En lo que concierne á la agudeza visual, disminuye temprano y con bastante rapidez en los tumores cerebelosos, en los cuales no es raro observar hasta la ceguera completa, al paso que las lesiones de los tubérculos cuadrigéminos dejan la visión por mucho tiempo intacta. De ahí que el autor opine que los trastornos visuales no dependen directamente de las alteraciones de los tubérculos cuadrigéminos y pueden no existir mientras el neoplasma quede limitado á esta porción del encéfalo, como ocurre en los niños, á quienes su cráneo elástico é incompletamente soldado permite resistir bastante bien al aumento de la presión intracraneana. En cambio, en los tumores del cerebelo, las modificaciones del fondo del ojo y los trastornos de la visión, más precoces y muy frecuentés, parece que dependen si no directamente de la lesión del mismo tejido cerebeloso, por lo menos de la contigüidad de los plexos coroideos, del orificio de Magendie y de los ángulos laterales del seno romboidal, así como de la compresión ejercida sobre estas partes por el cerebelo, aumentado de volumen.

Al terminar, el Dr. Nissen insiste sobre la multiplicidad de los tumores caseosos del cerebro en los niños; según sus observaciones, encuéntranse, hasta la edad de cuatro años, dos veces más á menudo tubérculos múltiples que tubérculos aislados. En un caso, halló en la autopsia 23 tubérculos más ó menos voluminosos. Estos neoplasmas múltiples se localizan, al parecer, en las partes del cerebro que presentan estrechas relaciones anatómicas y funcionales entre sí y con el sitio de la lesión primitiva, noción que, si es confirmada por las investigaciones ulteriores, podría tener una cierta

importancia práctica desde el punto de vista del diagnóstico y, en caso necesario, de la intervención operatoria.

(*Roussk. arkh. patol. klin. méd. i baktériol.*)

\*  
\*\*

**Tétanos inoculado por la boca.**—El Dr. Arzube Cordero da cuenta de un curioso caso de tétanos en una joven de diez y seis años que ingresó en el hospital civil de Guayaquil, Clínica del Doctor Borja.

Presentaba la enferma el cortejo sintomático de un tétanos: trismus, risa sardónica, opistótonos, accesos de convulsiones tónicas y clónicas, etc., todo lo cual se le había presentado siete días antes.

El Dr. Borja la examinó prolijamente tratando de investigar la causa de la enfermedad, y no encontrándola en la superficie del cuerpo, decidió buscarla en las cavidades naturales, comenzando por la boca, la cual tenía tres dientes molares con caries y una periostitis alveolo-dentaria superativa al pie de dichas muelas. Del interrogatorio hecho, resultó que la enferma acostumbraba hurgarse siempre sus dientes cariados, y esta vez lo hizo con un alfiler sucio. Con tales antecedentes no cabía duda de que ésta había sido la puerta de entrada del terrible bacilo de Nicolaÿer; en consecuencia, ordenó el Dr. Borja que se le extrajeran las muelas, previa anestesia y desinfección completa de la encía, operación practicada por los Sres. Carbo y Vélez, interno y externo respectivamente de la Clínica, á pesar de lo cual siguió el tétanos su curso ordinario, con la ventaja de que fué dominándose en la intensidad de su marcha hasta la curación completa, sin duda alguna por haberse extinguido en tiempo oportuno en las encías enfermas el foco de la factura del microbio.

Los accesos de convulsiones, que se sucedían con bastante frecuencia al principio, fueron disminuyendo gradualmente en número y en intensidad hasta el décimo día, en que desaparecieron por completo, persistiendo aún el trismus y el opistótonos hasta el vigésimosegundo día.

El tratamiento empleado consistió en bromuro de sodio y cloral á alta dosis, prescribiéndosele además dos inyecciones hipodérmicas diarias de la solución siguiente:

Clohidrosulfato de quinina... ..	1 gramo.
Sulfato neutro de atropina.....	0'001 miligramo.
Agua destilada.....	2 gramos.

Háganse según arte inyecciones número 2 y enemas de infusión ligera de tabaco por espacio de cinco días.

Además, todas las mañanas se le hacía la desinfección completa de la boca, y especialmente de la encía enferma, previa anestesia por el cloroformo.

Es curioso este caso, no tanto por el éxito feliz obtenido en su curación, sino por la situación tan original del foco que sirvió para

la entrada y desarrollo del microbio y por lo difícil que es dar con él, pues á no ser por la prolijidad del clínico en el examen del caso que nos ocupa, hubiera fracasado irremediablemente, pues el bacilo, encastillado en su oculto foco, hubiera seguido elaborando su mortífera toxina.

(*Bol. de Med. y Cir. de Guayaquil*).

\* \* \*

**La lepra en Creta.**—En este trabajo, los Dres. Ehlers y Cahnheim relatan las observaciones que han podido hacer durante el curso de una misión para el estudio de la lepra en Creta.

La ley cretense obliga á las personas sospechosas de lepra á presentarse á un Médico, quien las hace recluir, si há lugar á ello, en una leprosería. Esta prescripción se halla perfectamente observada, pues la población de la isla ha llegado á adquirir una particular competencia en cuanto concierne al diagnóstico precoz de la lepra. Durante toda su misión, los autores no han registrado, en efecto, sino cuatro errores de diagnóstico (esclerodactilia, sífilis, etcétera). En cambio, el aislamiento es, por decirlo así, nulo. Teóricamente, el leproso no debe abandonar su leprosería; pero como para vivir no recibe sino 600 gramos de pan por día, vése obligado á recurrir á toda clase de expedientes; por consecuencia, 25 á 30 por 100 de los pensionistas de las leproserías corren por el campo mendigando, robando y algunas veces violando, pues no hay que olvidar la *satiriasis* leprosa. Cuando merced á las limosnas recibidas esos individuos han reunido algún dinero, compran la cabaña ó el terreno que ocupan en la leprosería para alquilarlo á otros más miserables que ellos: en el «Leprochorion» de Candia, cuéntanse en esta forma 900 inquilinos, entre los cuales es indudable que la lepra hace nuevas víctimas. Otros enfermos se hacen jardineros ó parceros y venden públicamente el producto de sus cosechas.

Por estas causas múltiples de contagio es como puede explicarse la pretendida herencia de la lepra: un leproso no es casi nunca el único atacado en su familia ó en su localidad. La incubación no es probablemente tan larga como se cree de ordinario; pero, al igual que la sífilis ó la tuberculosis, la lepra tiene también sus periodos latentes. La propagación de esta infección en Creta está también favorecida por la falta de aseo, por la miseria fisiológica y por la costumbre de andar con los pies desnudos; esto último explica la gran frecuencia del mal perforante leproso. Para la población global de la isla, cuéntase un enfermo sobre 800 ó 1.000 habitantes próximamente; en ciertos distritos esta proporción se eleva hasta 4 por 1.000.

La lepra anestésica, forma atenuada de la afección, es casi tan común como la lepra tuberosa, al paso que en Noruega sólo una tercera parte de los casos pertenecen á la primera de estas variedades. La suavidad del clima es, sin duda, la principal causa de esta

atenuación de la enfermedad. La lepra puede hasta curar, y los Doctores Ehlers y Cahnheim refieren dos ejemplos en que ésto ha ocurrido.

Las formas bastardas (*frustes*), mal conocidas todavía, son bastante frecuentes en Creta. Se hallan caracterizadas por la atrofia del párpado inferior, por las anestias ó hipoestias de las extremidades de los miembros, especialmente en el dominio del nervio cubital y, finalmente, por una verdadera *camptodactilia* leprosa, es decir, por la flexión de las segunda y tercera articulaciones falangianas del anular y del meñique, atribuible á la neuritis cubital; las articulaciones metacarpo-falangianas y la aponeurosis palmar se hallan intactas, lo cual hace distinguir esta lesión de la que es característica de la enfermedad de Dupuytren.

(*Lepra*).

\* \* \*

**Cálculos intestinales.**—La literatura médica antigua es bastante rica en observaciones de enterolitiasis, pero la mayor parte de esos casos se refieren en realidad á errores de diagnóstico, pues los pretendidos enterolitos no eran sino cálculos biliares repelidos al intestino. Y si se deja á un lado esta categoría de hechos, así como los falsos cálculos intestinales ó coprolitos, nótese que los enterolitos verdaderos, bastante frecuentes en los rumiantes, se encuentran muy raras veces en el hombre; el caso publicado por el Dr. Schvalbé es el único que haya sido observado sobre un total de 100.000 enfermos, próximamente, recibidos durante estos últimos diez años en el hospital Catalina, de Moscou.

Las más de las veces, los enterolitos verdaderos son de origen *endógeno*, y dimanan de los mismos factores etiológicos que la colelitiasis y la nefrolitiasis (trastornos de los cambios orgánicos, diátesis úrica, artrismo, etc.) Mucho más insólitos son los cálculos intestinales de origen exclusivamente *exógeno*, los cuales se forman á seguida del uso más ó menos prolongado de la creta, de la arcilla, del carbón, de la cal y de otras substancias análogas, ingeridas sobre todo por los histéricos y los psicópatas.

El hecho relatado por el Dr. Schvalbé, y que pertenece al segundo grupo de enterolitos, concierne á una mujer de sesenta y ocho años, admitida en el hospital con todos los síntomas de una peritonitis aguda: hinchazón del vientre con sensibilidad extrema á la presión, cianosis de la cara y de las extremidades, algidez, pulso incontable, etc. La palpación denotaba, en la fosa ilíaca izquierda y á lo largo del colon transversal, la presencia de masas duras. Se recurrió á la enteroclisis, la cual produjo la expulsión de cinco bolitas, abundantemente cubiertas de moco. Después de haber limpiado esas bolitas de las mucosidades con ayuda de una solución de bicarbonato de sosa, pudo verse que eran casi completamente blancas, de una dureza de piedra; apelando al aplastamiento, fueron fraccionadas en infinidad de pedazos. El microscopio evidenció

que se trataba de masas exclusivamente minerales, no encerrando ningún elemento organizado de origen animal ni vegetal. Por último, un fragmento de esas concreciones, tratado por una solución poco concentrada de ácido nítrico, daba un desprendimiento abundante de ácido carbónico, de donde se coligió como conclusión que se trataba de cálculos intestinales, constituídos sobre todo por carbonatos, muy probablemente por creta.

La enferma no tardó en sucumbir, y la autopsia permitió comprobar el diagnóstico establecido durante la vida; en el intestino grueso, dilatado y de paredes muy adelgazadas, fueron halladas 35 concreciones del volumen de una ciruela y unos 10 cálculos, cuyo volumen no excedía del de una avellana. El intestino delgado estaba igualmente lleno de concreciones, pero mucho más pequeñas; (del grosor de un pequeño guisante), y, finalmente, el estómago contenía una masa semi-líquida, de apariencia calcárea. Este último hecho indicaba que la paciente había ingerido, la víspera de su admisión en el hospital, cierta cantidad de creta. El interrogatorio de los padres reveló que, desde hacía algunos años, la enferma había comido siempre creta en cantidad considerable.

(*Méd Obozr.*)

\*  
\*\*

**Tuberculosis primitiva del bazo.**—Si bien es verdad que la tuberculosis esplénica secundaria es sumamente frecuente—de todos los órganos del abdomen el bazo es, según Cruveilhier, el más sujeto á la tuberculización, con excepción de los ganglios linfáticos—, no sucede ya lo mismo con respecto á la forma primitiva de esta afección; la literatura médica, en efecto, no registra sino nueve casos de este género, razón por la cual nos ha parecido interesante resumir el hecho que publica el Dr. Auché, y que se refiere á un hombre de treinta y ocho años, sin antecedentes dignos de ser notados, pero que tosía todos los inviernos desde hacía cierto número de años.

Hace ocho años, ese enfermo empezó á «sentir su bazo»; sin embargo, sólo fué seis años más tarde cuando notó una tumefacción de todo el hipocondrio izquierdo; en ese momento, el Profesor Doctor Demons, consultado, reconoció la existencia de un grueso tumor esplénico. Desde entonces, el abdomen empezó á aumentar progresivamente de volumen; más recientemente prodújose ascitis; por último, el paciente, perdidas ya las fuerzas, se decidió á ingresar en el hospital, donde sucumbió al cabo de tres días.

Al practicar la autopsia, se halló una enorme hipertrofia del bazo, el cual pesaba 1.250 gramos; el microscopio hizo reconocer en él una esclerosis intensa y generalizada, con formación de una red conjuntiva de fibras muy gruesas que había destruido enteramente los corpúsculos de Malpighi; existían, además, numerosas zonas de necrosis masiva y vastas extensiones de infiltración hemorrágica, y algunos nódulos tuberculosos. Fué imposible descubrir el bacilo de Koch, pero la inoculación subcutánea, á dos conejos

de Indias, de fragmentos de tejido esplénico, tuvo un resultado positivo.

Además de estas lesiones muy avanzadas del bazo, notábase una hepatitis intersticial difusa con tendencia mono-celular, habiendo comenzado por los espacios porto-biliares; el hígado presentaba igualmente pequeñas granulaciones tuberculosas, en las cuales pudo evidenciarse la presencia del bacilo de Koch. El gran epiplón, el peritoneo, la pleura parietal, los ganglios mesentéricos y mediastinales, estaban asimismo invadidos por el proceso tuberculoso.

El comienzo de la afección por una sensación de pesadez en el hipocondrio izquierdo, la presencia al cabo de seis años de un voluminoso tumor esplénico sin alteración de ningún otro órgano, en fin, la evolución muy avanzada de las lesiones tuberculosas del bazo, contrastando con la tuberculosis reciente de las diversas vísceras, permiten considerar este hecho como comprendido positivamente dentro de la tuberculosis esplénica primitiva. Esta última tiene las más de las veces—y ésto es precisamente lo que ocurrió en el enfermo del Dr. Auché—una marcha crónica; no se conoce sino un solo caso en que la afección haya presentado la forma aguda. Desde el punto de vista anatómo-patológico, se ha descrito una variedad esclero-caseosa y una variedad necrótica y hemorrágica. En la observación que acabamos de resumir, estos dos órdenes de lesiones estaban asociados; la degeneración esclero-caseosa predominaba, pero existían igualmente, como hemos indicado, vastos focos de necrosis masiva y una extensa infiltración hemorrágica en sábana.

(*Journ. de méd. de Bordeaux*).

\*  
\*  
\*

**Pleuresias con derrame.**—Si bien es cierto que el valor terapéutico de la toracentesis en las pleuresias agudas se halla en la actualidad fuera de toda duda, no por ésto es menos cierto también que esta intervención ofrece sus inconvenientes; por poco que la cantidad de líquido evacuado sea algo considerable, se corre el riesgo de ver producirse una tos convulsiva con dolores constrictivos á nivel del tórax, opresión, expectoración sanguinolenta, etc. Como estos accidentes deben de ser atribuidos á la decompresión brusca del pulmón, un Médico japonés, el Dr. Kawahara (de Nagaya) ha probado de poner remedio á ello por medio de la introducción de aire en la cavidad pleural, inmediatamente después de la punción. Este procedimiento—que nuestro colega emplea con buen éxito desde hace próximamente diez años—trae á las mientes el método preconizado por el malogrado Profesor Potain contra los derrames pleurales consecutivos al neumotórax. Hay, sin embargo, con respecto de éste, la diferencia de que, en vez de necesitar un aparato especial que permita la substitución del líquido á medida que se va extrayendo, por aire esterilizado, puede tener aplicación utilizando

sencillamente el trocar que ha servido para la evacuación del exudado.

En sus primeros ensayos, el Dr. Kawahara, antes de introducir el aire en la cavidad pleural, lo esterilizaba haciéndolo pasar á través de huata; pero desde hace dos años nuestro colega ha renunciado á esta práctica, y teniendo en cuenta la opinión, según la cual los efectos curativos de la laparotomía en la peritonitis tuberculosa son debidos á la acción del aire y de los microbios saprofitos que contiene, prefiere dejar penetrar en la pleura el aire tal como se encuentra. A este efecto, tan luego como la salida del líquido ha quedado espontáneamente en suspenso ó ha sido suspendida en razón á los síntomas alarmantes manifestados por el paciente, se abre la espita destinada á dar paso al aire y se recomienda al sujeto que haga inspiraciones profundas. Este modo de obrar tiene por resultado el hacer iguales la tensión intrapleural y la de los alvéolos pulmonares, lo cual produce un alivio muy marcado en el estado del enfermo, al mismo tiempo que remedia los inconvenientes de la evacuación harto rápida ó harto abundante del derrame.

El Dr. Kawahara ha tratado de este modo á más de 70 pleuríticos, sin haber observado nunca ningún accidente que pueda ser imputado á la introducción del aire en la pleura. De otra parte, siembras comparativas practicadas con el exudado retirado de la cavidad torácica antes y después de la intervención, han probado igualmente la inocuidad del procedimiento de que se trata.

Añadamos que otro colega japonés, el Dr. K. Kawai, ha encontrado ventajoso—en ciertos casos—modificar este procedimiento, haciendo alternar varias veces la introducción del aire y la aspiración del líquido, á fin de obtener de este modo una especie de *lavado de aire* de la cavidad pleural; por este medio llégase á asegurar la evacuación más ó menos completa del exudado, hasta en los casos antiguos en los cuales aquélla se ha hecho particularmente difícil, ora en razón á las adherencias, ora por consecuencia de una disminución considerable de la elasticidad del pulmón.

Es obvio decir que la punción, seguida de la introducción de aire, no es aplicable al tratamiento de las pleuresías purulentas, y que se refiere principalmente á la pleuresía serofibrinosa aguda. En manos de los Dres. Kawahara y Kawai ha dado igualmente buenos resultados en casos de derrame hemorrágico de la pleura.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*\*

**Espondilitis consecutiva á la fiebre tifoidea.**—El pequeño número de casos de espondilitis tífica publicados desde la primera observación de Quinke, puede presentarse como opuesto á la frecuencia de las otras complicaciones óseas de esta afección. Y aun así, entre esos hechos, hay uno en el cual el origen dotientérico de los trastornos es dudoso, y otros en que la espondilitis no co-

menzó sino algunos meses después de la curación de la fiebre tifoidea, de suerte que la relación entre la afección primitiva y la lesión vertebral no aparece claramente demostrada; en cambio, el caso observado por el Dr. Kühn, en la clínica médica de Rostock, parece que no deja subsistir ninguna clase de duda, tanto desde el punto de vista de la naturaleza de la lesión como de su localización.

Trátase de un joven de diez y ocho años, el cual había tenido una dotienentería que evolucionó de la manera normal en cinco semanas y media; ocho días después de la defervescencia, nuevo período febril de diez días de duración, por consecuencia de una trombosis de la vena femoral derecha. Veinte días más tarde, el enfermo se queja de dolores en la región lumbar izquierda, dolores que cesan bajo la influencia de aplicaciones calientes, si bien reaparecen al cabo de seis días con un recrudecimiento de intensidad; el paciente no puede sentarse en su cama ni doblar los muslos sin experimentar violentos dolores; la región lumbar izquierda es sensible á la presión, lo mismo que la apófisis espinosa de la cuarta vértebra lumbar. De cuando en cuando sobrevienen escalofríos, acompañados de una elevación de la temperatura; más adelante, la fiebre se vuelve continua. Al mes de haber comenzado á manifestarse la complicación vertebral, nótase que las últimas vértebras lumbares hacen relieve y son dolorosas á la percusión. Esta deformación aumenta rápidamente y se transforma en una cifosis de las dos últimas lumbares. Los reflejos patelares se hallan exagerados.

A partir de ese momento, la fiebre cesa, los dolores disminuyen, y, al cabo de quince días, el enfermo empieza á incorporarse y á sentarse en su cama. Deja el hospital tres meses después de la aparición de la espondilitis, con una cifosis lumbar acentuada; puede andar apoyándose en un bastón, pero le es imposible doblar el tronco hacia adelante; los reflejos rotulianos continúan exagerados y la fuerza muscular de las piernas se halla disminuída. Seis semanas más adelante no existe ya sino una ligera desviación de la columna vertebral; las funciones de los miembros inferiores y del tronco han quedado restablecidas.

Es probable que muchos casos de espondilitis tífica han sido atribuídos á la tuberculosis. En lo sucesivo, como se ve, habrá que conceder más importancia á la fiebre tifoidea en la etiología de la espondilitis, y tener presente que puede transcurrir un lapso de tiempo bastante largo entre la infección general y los primeros síntomas de la localización vertebral.

(*Münch. med. Wochensch.*)

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### PLANTILLAS

En relación con los créditos aprobados en los nuevos presupuestos para el corriente año de 1902, publicamos á continuación un extracto de las plantillas del Cuerpo, que regirán interin no sufran alteración los servicios.

Dicha ley de presupuestos autoriza para colocar en destinos de inferior categoría al personal excedente, cuando en alguna clase falte personal para cubrir todos los destinos de plantilla.

**Dos Inspectores Médicos de 1.<sup>a</sup> clase**, para las Inspecciones de Sanidad Militar de Castilla la Nueva y Cataluña.

**Nueve Inspectores Médicos de 2.<sup>a</sup> clase**: un Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra; un Vocal de la Junta Consultiva de Guerra; seis Inspectores de Sanidad Militar de Andalucía, Valencia, Aragón, Norte, Castilla la Vieja y Galicia; y uno para eventualidades.

**18 Subinspectores Médicos de primera clase**: uno en el Ministerio de la Guerra; uno en la Junta Consultiva de Guerra; un Director del Parque Sanitario; un Jefe de la Brigada de Tropas; un Director del Instituto de Higiene; dos Jefes de Sanidad Militar de Baleares y Canarias; 10 Directores de los hospitales militares de Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Granada, Zaragoza, Burgos, Vitoria, Valladolid y Coruña; y uno en la Comisión liquidadora de las Subinspecciones de Ultramar.

**26 Subinspectores Médicos de segunda clase**: uno en la Junta Consultiva de Guerra; uno en el Parque Sanitario; uno en el Real Cuerpo de Alabarderos; uno en la Brigada de Tropas; uno en la Academia Médico-militar; uno en el Instituto de Higiene militar; dos Jefes de Sanidad Militar de Ceuta y Melilla; ocho Directores de los hospitales de Pamplona, Málaga, Palma de Mallorca, Córdoba, Badajoz, Cádiz, Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife; 10 Jefes de servicios de los hospitales de Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Granada, Zaragoza, Burgos, Vitoria, Valladolid y Coruña.

**130 Médicos mayores**: seis en la Sección de Sanidad del Ministerio de

la Guerra; tres para la asistencia del personal de dicho Ministerio; uno en el Depósito de la Guerra; uno en el Consejo Supremo de Guerra y Marina; dos en la Junta Consultiva de Guerra; uno para las prisiones militares de Madrid; seis para las fábricas de Murcia, Oviedo, Trubia, Toledo y Granada y Maestranza de Artillería de Sevilla; dos en el Parque Sanitario; uno para la Escolta Real; uno en Inválidos; dos en la Brigada de Tropas; uno á las órdenes del Inspector del Ministerio; seis para las Academias de Infantería, Caballería, Artillería, Ingenieros, Administración y Médico-militar; uno para la Escuela superior de Guerra; uno para la Sección de Guardia Civil del Ministerio; uno para la Dirección de Carabineros; cuatro en el Instituto de Higiene; tres para la asistencia de Generales de cuartel, Jefes y Oficiales excedentes en Madrid; ocho Secretarios de las Inspecciones; 12 en el hospital militar de Madrid; seis en el de Barcelona; cuatro en el de Sevilla; 12 en los de Valencia, Zaragoza, Burgos y Melilla (tres en cada uno); 24 en los de Pamplona, Granada, Valladolid, Las Palmas, Palma de Mallorca, Badajoz, Málaga, Cádiz, Vitoria, Coruña, Santa Cruz de Tenerife y Ceuta (dos en cada uno); 18 en los de San Sebastián, Vigo, Mahón, Santoña, Guadalajara, Santander, San Baudilio, Gerona, Lérida, Figueras, Tarragona, Bilbao, Logroño, Alicante, Algeciras, Alcalá de Henares, Archena y Córdoba (uno en cada uno); tres en las Comisiones liquidadoras de las Subinspecciones de Ultramar.

201 Médicos primeros: cuatro en el Ministerio de la Guerra; uno en la Ordenación de pagos; uno en el establecimiento de Artillería; uno en la Maestranza de Ingenieros; uno en el Parque Sanitario; uno en el Real Cuerpo de Alabarderos; 56 en los primeros batallones de los regimientos de línea; 20 en los batallones de Cazadores; ocho en los primeros batallones de los regimientos de Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla; 28 en los regimientos de Caballería; tres en los establecimientos de remonta; cuatro en los Depósitos de sementales; 13 en los regimientos montados de Artillería; uno en el de Sitio; tres en los regimientos de Artillería de montaña; ocho en los batallones de Artillería de plaza; dos para la guarnición de Baleares; uno para la de Canarias; cuatro para los primeros batallones de los regimientos de Zapadores minadores; uno para el de Pontoneros; dos para los batallones de Ferrocarriles y Telégrafos; uno para la Brigada de Estado Mayor; uno para la de Administración Militar; 11 para la Brigada de Tropas del Cuerpo; uno para el Cuarto militar de S. M.; uno á las órdenes del Inspector de la Junta; uno en la Academia Médico-militar; dos en el Colegio de María Cristina; tres en el 1.º y 14.º Tercios de la Guardia Civil; uno en el Colegio de Guardias jóve-

nes; dos Secretarios de las jefaturas de Sanidad de Baleares y Canarias; dos en el hospital militar de Madrid; 12 en el Instituto de Higiene y para eventualidades.

**114 Médicos segundos:** 56 en los segundos batallones de los regimientos de línea; ocho en los de los regimientos de Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla; uno en el batallón disciplinario de Melilla; uno en el de Cazadores de Canarias; tres en los escuadrones de Mallorca, Canarias y Melilla; uno para la guarnición de Canarias; uno para la Escuela de Tiro; cuatro para los segundos batallones de los regimientos de Zapadores minadores; 24 para la Brigada de Tropas del Cuerpo; cuatro para las Academias de Infantería, Caballería, Artillería y Administración; uno en el Colegio para Oficiales de la Guardia Civil; dos en establecimientos de Artillería; ocho en hospitales y eventualidades.

**Un Inspector farmacéutico de 2.<sup>a</sup> clase,** Director del Laboratorio Central de medicamentos.

**Tres Subinspectores farmacéuticos de 1.<sup>a</sup> clase:** uno en la Junta Consultiva de Guerra; uno en el Laboratorio Central; uno en el sucursal de Málaga.

**Dos Subinspectores farmacéuticos de 2.<sup>a</sup> clase** en los hospitales militares de Madrid y Barcelona.

**11 Farmacéuticos mayores:** uno en el Ministerio de la Guerra; uno en el Laboratorio Central; uno en el de Málaga; ocho en los hospitales de Badajoz, Burgos, Coruña, Sevilla, Valencia, Valladolid, Vitoria y Zaragoza.

**27 Farmacéuticos primeros:** uno en el Ministerio de la Guerra; uno en la Junta Consultiva de Guerra; dos en el Laboratorio Central; 22 en los hospitales de Alcalá de Henares, Algeciras, Alicante, Barcelona, Bilbao, Cádiz, Ceuta, Córdoba, Gerona, Granada, Lérida, Madrid, Mahón, Málaga, Melilla, Palma de Mallorca, Las Palmas, Pamplona, San Sebastián, Santa Cruz de Tenerife, Santoña y Tarragona; uno en la Farmacia de Leganés.

**28 Farmacéuticos segundos:** tres en el Laboratorio Central; uno en el de Málaga; dos en el hospital de Madrid; 22 en los hospitales de Alhucemas, Badajoz, Barcelona, Burgos, Cádiz, Ceuta, Coruña, Chafarinas, Guadalajara, Granada, Melilla, Palma de Mallorca, Pamplona, Peñón, Santa Cruz de Tenerife, Sevilla, Valencia, Valladolid, Vigo, Vitoria, Zaragoza y Archena.

El servicio de las Farmacias militares está desempeñado por cuatro Farmacéuticos mayores, cinco primeros y 10 segundos.

## UNIFORMES Y VESTUARIO

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien autorizar á los Jefes asimilados á la categoría de Oficiales Generales pertenecientes á todos los Cuerpos auxiliares del ejército, para que puedan usar, como prenda de abrigo, la pelliza que determina la Real Orden de 7 del actual (D. O. núm. 274).

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Diciembre de 1901.—Weyler.—Sr.....»

\*  
\*\*

## OBRAS CIENTÍFICAS Y LITERARIAS

«Circular.—Poco há, y en ocasiones frecuentes, obtuvieron distinciones y premios Jefes y Oficiales del Cuerpo que han tomado parte en certámenes científicos y literarios convocados por distintos centros de instrucción y de cultura. Tal vez por modestia de los interesados, no ha tenido conocimiento esta Sección de tan lisonjero éxito, sino sólo por noticias extraoficiales; y como los trabajos que obtengan semejantes recompensas evidencian la laboriosidad é ilustración de sus autores y deben constar en las respectivas hojas de servicios, por ésto, y por la conveniencia de que se enriquezca la biblioteca del Cuerpo, se servirá V.... invitar á los Jefes y Oficiales que á sus órdenes sirven en esa Región para que remitan á este Centro dos ejemplares, al menos, de las obras que publiquen, especialmente si merecieren honrosas distinciones.

Dios guarde á V.... muchos años.—Madrid 28 de Noviembre de 1901.—El Jefe de la Sección, Pedro Gómez.—Sres. Inspectores y Jefes de Sanidad Militar de las Regiones, Islas Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla».

\*  
\*\*

## DESTINOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Con el objeto de dejar en toda su fuerza y vigor lo prevenido en la Real Orden Circular de 30 de Julio de 1896 (Colección Legislativa, núm. 181), respecto á la permanencia obligatoria por el término de un año, de los Jefes y Oficiales y sus asimilados, en los destinos que se les confieran en el distrito de Canarias y Comandancias generales de Ceuta y Melilla, la Reina Regente del Reino, en nombre de su augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien disponer lo que sigue:

Primero. En lo sucesivo, no se concederá el reemplazo voluntario á los Jefes y Oficiales que hayan obtenido destino en alguno de dichos territorios, hasta que cumplan en él el plazo mínimo de un año, conforme está prevenido; quedando, por consiguiente, derogada la Real Orden de 27 de Octubre de 1898 (*C. L.* núm. 339), en cuanto se refiere á los expresados Jefes y Oficiales.

Segundo. Para la concesión de licencias que éstos soliciten por asuntos propios, se observarán las disposiciones anteriores á la Real Orden de 19 de Abril del año actual (*C. L.* núm. 83), que sólo tendrá aplicación en Canarias, Ceuta y Melilla, para las licencias y pase á reemplazo por enfermo, en la forma prevenida en la de 10 de Octubre último (*C. L.* número 229); bien entendido que el tiempo que los interesados estuviesen disfrutando aquéllas, no se les contará para la extinción del mencionado plazo de residencia obligatoria.

Tercero. Podrá concederse el pase á la situación de supernumerario sin sueldo, antes de dicho plazo, á los Jefes y Oficiales á quienes se ha hecho referencia, siempre que no hubiere en ello inconveniente para el servicio; pero al cesar en esta situación ocuparán las primeras vacantes de su empleo que ocurran en el distrito ó Comandancia general en que tenían su destino. El viaje de regreso de estos Jefes y Oficiales y sus familias, al pasar á la situación de supernumerario, antes del plazo de permanencia obligatoria, será por cuenta de los interesados.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 29 de Noviembre de 1901.—Weyler.—Sr.....»

\*  
\* \*

#### UNIFORMIDAD

«*Circular.*—Exemo. Sr.: Teniendo en cuenta que el uso del bastón de mando en los actos á caballo no proporciona ventaja alguna, y puede, en determinadas ocasiones, ser un obstáculo para el manejo de las armas, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, en analogía con lo preceptuado en el Reglamento de uniformidad del Estado Mayor General del ejército, aprobado por Real Decreto de 14 de Agosto de 1893 (*C. L.* núm. 282), ha tenido á bien disponer que en lo sucesivo no se lleve el bastón á caballo, limitándose su uso únicamente para los actos á pie.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 29 de Noviembre de 1901.—Weyler.—Sr.....»