

Los baños de Archena y el tratamiento de la sífilis en el ejército

Paréceles á muchos Médicos algo así como descubrir el Mediterráneo el discurrir sobre el tratamiento de la sífilis, y, sin embargo, he de declarar que no he visto enfermos peor tratados que los sífilíticos. Decía D. Federico Rubio, contestando al discurso leído en su recepción en la Academia de Medicina por el Dr. Hernando:

«Gracias á que la sífilis de nuestros días es menos brava que la de hace treinta años, é infinitamente menos que cuando recibía el nombre de pestíferas bubas, y cuando el cabildo de Sigüenza exceptuaba de la asistencia al coro á los Canónigos enfermos».

«La sífilis, como la lepra, como la viruela, como la peste de Levante, como el cólera, viene rodando y perdiendo las esquinas con el tiempo. Si no fuera por este desgaste y atenuación de la causa, ya estaban los sífilíticos divertidos».

Esta misma atenuación que reconoce el Dr. Rubio es causa de que el tratamiento de los sífilíticos sea cada vez más particularizado en cada caso y pueda generalizarse cada vez menos al hablar de terapéutica en esta enfermedad. Aquí, como en todas las enfermedades infecciosas, en las que el terreno es quien da la pauta para su evolución, no puede sujetarse el tratamiento á reglas fijas marcadas de antemano, sino que cada caso particular requiere un modo especial de aplicar los medicamentos que de muy antiguo vienen reputándose como antisifilíticos.

Creídos de que tenemos remedio infalible contra la sífilis, descuidamos lo más importante del tratamiento de toda enfermedad infecciosa, y los sifilíticos continúan su vida normal, se alimentan y trabajan como si estuvieran sanos, y en fuerza de desaprensión del enfermo y de complacencia del Médico se llega á tratar tan sólo los accidentes externos que pueden delatar la sífilis á los ojos de los demás, y una vez acallados el enfermo cierra los ojos para no ver su enfermedad, como si con tal cosa consiguiera algo, y el Médico no insiste, muchas veces porque tampoco él está convencido de la importancia de la enfermedad.

Estos tratamientos por «jarabitos y pildoritas doradas» no tienen, según dice en el mismo sitio el Dr. Rubio, ni siquiera originalidad. «Ya los Médicos españoles echaron mano á estos expedientes, hace siglos, cuando se trataba de algún enfermo cuya dignidad le obligaba á ser virtuoso ó á no declararse vicioso ante las gentes».

«Oíd el *Romancero*, que es la Biblia y la Iliada de esta nuestra tierra española:

»Los reverendos jarabes
Que de canónigos campan,
Por magistrales la tienen
Muy prebendada de vascas».

Depende este afán de tratarse sigilosamente de la funestísima manía, que ya he señalado en artículos anteriores, de considerar la sífilis como enfermedad vergonzosa, en vez de considerarla simplemente como una enfermedad infecciosa. Todo cuanto se haga por desechar esa hipócrita concepción de la enfermedad redundará en beneficio de los sifilíticos, y será una de las mejores medidas para combatir esta verdadera plaga.

Coincide con esta tendencia á ocultar la enfermedad y tratarla como cosa sin importancia un horror al mercurio en muchos enfermos y no pocos Médicos, que se traduce en lesiones terciarias, parasifilíticas y hereditarias, que no se presentarían si los enfermos fueran más dóciles y los Médicos menos tolerantes.

Se han exagerado de tal manera los daños del mercurio, se ha hablado tanto de su acción sobre los huesos, de cómo se deposita en los tejidos, de cómo ataca al sistema nervioso, que se le ha formado una leyenda peligrosa para los enfermos que la prestan oídos. Y es el caso que se sostiene toda esta conseja gracias á la ignorancia de algunos y á la pereza de todos, que no nos preocupamos más que de leer, y copiar cuando más, sin pensar en obrar por cuenta propia, dejando á otros la misión de pensar por nosotros, y conformándonos con el papel de recitadores y copistas de lo hecho, que defendemos con la sacratísima autoridad del nombre ajeno, sin perjuicio de criticar y destrozar con idénticos *conocimientos* y *trabajos* con que afirmamos.

Dejando aparte estas consideraciones, vuelvo á decir que el horror á estudiar la acción del mercurio y de los ioduros, sus indicaciones y contraindicaciones de enfermedad y enfermo, etc., y el deseo de encontrar remedio hecho que nos ahorrara el tener que andar discurriendo y pensando, nos llevó como de la mano á buscar otra cosa que sirviera para curar la sífilis con igual ó mayor seguridad que mercurio y ioduros, y sin las limitaciones que estos medicamentos tienen.

Y surgió Arhena, como Aquisgran y como otra porción de establecimientos termales.

Pocas cosas peor estudiadas y conocidas que la acción fisiológica y terapéutica de las aguas minero-medicinales; tal vez por eso es por lo que más se abuse de ellas.

Concretándonos á la terapéutica de la sífilis, hemos de admitir que las aguas minerales deben considerarse como dotadas de un positivo efecto terapéutico, no contra la infección, sino á título de colaborador de la medicación específica, como lo es el régimen tónico en general, como lo es la electroterapia en algunos casos particulares; pero de eso á ser un comodín en el que confíen Médicos y enfermos, los primeros para no preocuparse en pensar, y los segundos porque creen encontrar medio rápido y eficaz de curación, va una distancia enorme.

Desconocemos el modo de obrar el mercurio frente á la causa ó á sus productos tóxicos de la sífilis; desconocemos también si es un específico de acción análoga á la de la quinina frente al hematozoario, ó si sólo atenúa sus efectos, como cree Lancereaux, pero sin llegar á destruirlo; lo que está fuera de duda es que la inmensa mayoría de los sífilíticos que toman mercurio, aun los bien tratados, no pueden considerarse como curados aunque no presenten en larga temporada manifestación alguna de su enfermedad. Todos hemos visto aparecer lesiones terciarias en individuos que hacía largo tiempo no habían sido molestados por ningún síntoma de sífilis, nacer hijos sífilíticos de padres que se creían curados, y aún más, que el hijo sífilítico no era el primero, sino el segundo ó tercero.

Es decir, que el parasitismo latente puede encontrar una demostración en esta enfermedad, y que al igual que los hematozoarios de Laverán pueden permanecer inactivos largas temporadas entre las mallas de los tejidos del bazo, así el germen, sea cual fuere, de esta enfermedad, puede permanecer largas temporadas en el organismo, siquiera no sepamos ni cómo ni dónde. Y lo mismo también que la quinina que tomare un palúdico en ese período se eliminaría sin haber ejercido acción alguna sobre el germen palúdico, así también pasa el mercurio por la economía sin ejercer acción alguna, sólo que el mercurio es muy lento en su eliminación y se almacena en el organismo.

Sea esto, sea, como dice el Dr. Hernando, que toxinas y mercurio se unen en combinación insoluble, el caso es que toxinas y mercurio resbalan por las células sin impresionarlas ni imprimir en ellas modificaciones de ninguna clase. Entonces es cuando se impone el tratamiento hidromineral en forma de aguas de Archena ó sus similares.

En honor de la verdad, desconocemos el modo de obrar de éstas; lo único indudable es que estimulan los cambios y metabolismos orgánicos, amortiguados por el uso del mercurio y tal vez por los productos del germen sífilítico. Tal vez destruyan combi-

naciones estables de ciertos elementos orgánicos con las toxinas del microorganismo patógeno, y poniendo éstas en libertad, al mismo tiempo que activando la eliminación del mercurio, producen los diversos trastornos que se estudian y observan en los sífilíticos que usan esta medicación.

Sea de ello lo que fuere, lo único que puede afirmarse, de manera clara, terminante y precisa, es que el sífilítico ha de haber estado sometido á una medicación mercurial intensa y prolongada, y que sólo después de ella ha de serle beneficioso el tratamiento hidromineral, siendo preferibles los períodos en que el mercurio parece no tener ya acción positiva y eficaz sobre el enfermo.

He intentado en las líneas precedentes poner en parangón lo que Archena representa para la casi totalidad de los enfermos y buena parte de los Médicos, y lo que en realidad puede y debe esperarse de sus aguas. ¿A qué se atiende más en el ejército, á lo que son ó á lo que han creído algunos podrían ser?

Lo mismo que en todas las materias, en el ejército, cuantas disposiciones se han dictado, se están dictando, y casi podría decir se dictarán, se inspiran preferentemente en el recelo y en la desconfianza; se teme que el soldado quiera engañarnos, se nos cree aptos para el engaño, y sobre estas dos bases se asienta toda la legislación y se decreta, ordena y recomienda.

En este caso, tradúcense ambas cosas en una serie de reconocimientos escalonados, en todos los que el enfermo ha de mostrar señales indudables de sífilis grave y en período avanzado. Para esto, los enfermos que creen han de encontrar en Archena su curación radical repugnan tomar mercurio, ni medicarse en modo alguno, y aun los Médicos que han de proponerlos prefieren no dar una medicación intensiva para que no desaparezcan en absoluto las manifestaciones sífilíticas y pueda el enfermo ir á los baños.

De esta manera el tratamiento hidromineral no es, ni con mucho, lo eficaz que debiera ser, siquiera en el establecimiento se someta á los enfermos á una medicación intensiva, todo por trocar

los papeles que en la curación de la sífilis desempeñan el mercurio y las aguas de Archena, convirtiendo al primero en ayudante de éstas, cuando es lo contrario lo que ocurre. Así, he visto volver aliviados algunos pocos soldados, pero ninguno curado, y muchos en igual estado que á su ida; entre éstos podría citar el caso del enfermo de mielitis sífilítica á que aludí en un artículo anterior, que á su regreso no podía mantenerse en pie, y no obtuvo ningún resultado en los fenómenos de parálisis del esfínter vesical que tanto le molestaba.

Pudiera esto mejorarse organizando baños y envío de expedicionarios en otra forma, pero de eso hablaré más adelante.

FEDERICO G. DELEITO,
Médico segundo.



Prensa y Sociedades médicas.

Inyecciones hipodérmicas de oxígeno.—Hé aquí los términos en que se ocupa de este medio terapéutico el Dr. Dómine:

Era firme en mí el propósito de no haber dado á la publicidad ningún escrito sin antes haber completado el estudio que, en forma de folleto, vengo haciendo desde el mes de Agosto de 1901 acerca de las «Inyecciones hipodérmicas de oxígeno» y del aparato inyector del mismo, cuya patente tengo registrada; pero el muy reciente movimiento de opinión médica que con ocasión del último Congreso de Medicina se ha operado en derredor de este agente, me obliga á romper el silencio impuesto, y con él referir la verdad histórica de los hechos.

En los últimos días del mes de Agosto de 1901 tuve ocasión, en compañía de mi querido maestro el Dr. Machí, de asistir al tratamiento de una enferma afecta de coli-bacilosis con determinismos en los centros nerviosos y fenómenos muy marcados de parálisis del bulbo. Una inyección, no buscada, de aire aséptico, hecha en las mallas del tejido celular del abdomen de la enferma, motivó fenómenos de mejoría de tanta importancia, que hubimos de fijar nuestra atención sobre hechos tan inesperados. El cese del muy grave y ejecutivo cuadro clínico, pues á la irregular contracción cardíaca

se unía el vómito pertinaz y un hipo que presagiaba pronto y funesto desenlace, nos indujo á pensar en la posibilidad de que el aire inyectado fuera el único agente modificador de tan grave estado morboso. La enferma mejoró, hasta el punto de darla de alta y vivir, hoy día de la fecha, en perfecto estado de salud.

Influenciados por notas de verdadero entusiasmo, el Dr. Machí y el que suscribe pensamos en repetir la aplicación, no ya de aire, sino de oxígeno puro, en todos aquellos casos cuyas enfermedades resultaran similares á la de la enferma descripta. Y pensamos en que la aplicación nueva se hiciese con oxígeno puro, porque atribuimos á este vivificador agente los efectos favorables obtenidos con la inyección de aire.

Efectivamente, en los primeros días de Septiembre del mismo año 1901 se me presentó ocasión para inyectar oxígeno puro (4 litros por inyección) á un enfermo con cuadro sindrómico igual al de la enferma ya dicha. Idénticos fenómenos de mejoría, pero con rapidez é intensidad mayor á los observados en el caso en que la inyección fué de aire, se apreciaron en este enfermo, que, con vómito, pulso irregular é hipo, caminaba muy á la ligera hacia la terminación fatal. Quince días después de comenzado y sostenido el tratamiento sólo por el oxígeno se dió de alta á este segundo enfermo, primero de los tratados con inyecciones de oxígeno puro.

A partir de este caso, que llevó á mi ánimo el íntimo convencimiento de la inocuidad del nuevo procedimiento, así como la ostensibilidad de sus benéficos y vivificadores efectos sobre la célula, comencé á instituirlo como procedimiento de acción regeneratriz en la casi totalidad de los enfermos sometidos á mi asistencia, y con marcada predilección á los tuberculosos existentes en aquella fecha en el hoy cerrado Sanatorio de Porta-Coeli, de mi dirección.

Enfermos de meningitis; tuberculosos en sus varias modalidades clínicas; casos de gangrena y abscesos del pulmón; reumatismo en todas sus formas; infecciones agudas del Ebert y del Coli; eclampsias; enfermedades de la piel y supuraciones crónicas, han sido tratadas por comprofesores varios, y siempre, según información que de ellos he recibido, y que conservo para dar cuenta de ellas á su debido tiempo, han obtenido efectos favorables.

Cierto que no en todos los casos tratados con oxígeno se puede decir que su solo esfuerzo haya bastado para llevar á término la combatida dolencia. Verdad que siempre la curación del enfermo ha sido el epílogo de la inyección. Pero cierto y verdad es que en todos los casos en que se ha aplicado se han podido ver gratos fenómenos de hematoseamiento, regularización de desórdenes nerviosos, disminución de la disnea, baja de la fiebre, aumento en la cantidad de orina, agotamiento del dolor, cese ó aminoración de eczemas y supuraciones, etc., etc.

Aparté del testimonio que un crecido número de comprofesores de ésta pueden alegar, yo invoco, como fehaciente prueba de lo afirmado, el artículo que con el título *El oxígeno por la vía hipo-*

dérmica publicó la importante *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* en el número 33, del mes de Septiembre de 1901, y que dirige el sabio Doctor y reputado laringólogo D. Faustino Barberá.

Y basta con lo dicho; pues no siendo mi intención el hacer en este artículo un estudio detenido de los efectos y aplicaciones del oxígeno, considero que con lo expuesto se han de rectificar errores de juicio en cuanto á fechas de aplicación del mismo por vía hipodérmica.

(*La Med. Valenciana*).

*
*
*

Sutura arterial.—El Dr. *P. Delbet*: El Dr. Wiart nos ha comunicado una observación interesante de sutura de la arteria ilíaca externa. La arteria fué herida al operar una hernia inguinal del lado derecho. La hemorragia se contuvo temporalmente por medio de una fuerte compresión. El Dr. Wiart, llamado por el operador, encontró la herida operatoria ancha y casi transversal, agrandada por una incisión vertical de algunos centímetros hecha en dirección de la femoral. El arco crural había sido seccionado. Quitó los tapones, desprendió el peritoneo y observó que la hemorragia procedía de la arteria ilíaca externa. Cogió el vaso por encima y debajo del sitio lesionado con pinzas de Kocher envueltas en caucho, y, contenida así la pérdida de sangre, disecó la vaina adventicia, que estaba infiltrada de sangre, para poder apreciar la herida arterial. Estaba situada en el borde interno del vaso, algo más arriba del nacimiento de la circunfleja ilíaca, seccionada también; era de forma oval, y su diámetro mayor, paralelo al del vaso, tenía de 4 á 5 milímetros de longitud.

Procedió á suturar la herida, pero como sólo tenía á mano la aguja pequeña de Reverdin para suturas intestinales, aplicó tres hebras de seda, dando puntos perforantes, y por encima suturó cuidadosamente la vaina adventicia con la misma seda y en la extensión de centímetro y medio. Separadas las pinzas de Kocher, vió que no había el menor indicio de hemorragia por los puntos de sutura.

La herida de la pared abdominal la cerró en parte, é hizo el desagüe. Hubo algo de supuración, que tardó poco en corregirse.

Este individuo se encontró al pronto bien, pero á los ocho meses de operado se observó disminución notable de los latidos de la arteria femoral, lo que permitía suponer que estaba obliterada.

La observación es interesante, aunque se trata de una arteria pequeña. Prueba de un modo fehaciente que no deben practicarse puntos de sutura perforantes, que pueden convertirse en una causa de obliteración arterial.

El Dr. *Ricard*: Las suturas arteriales, hágase lo que se haga, son á menudo perforantes, pero no siempre ocasionan la obliteración del calibre del vaso.

El Dr. *Lejars*: Los puntos de suturas perforantes de las arterias

no son siempre inofensivos, porque pueden determinar la formación de coágulos, que son seguidos de embolias. En las venas pueden formarse también embolias; pero las de pequeño volumen producen trastornos insignificantes, lo que no ocurre cuando se forma el émbolo en una arteria gruesa, porque en este caso es lanzado hacia la periferia por vías cada vez más estrechas, en las que por necesidad se detiene, produciendo obliteraciones de gravedad variables. Creo que para las arterias debemos procurar obtener la reunión perforante; y cuando no es posible, ¿no será preferible y más benigna la ligadura, en ciertos casos cuando menos?

El Dr. *P. Delbet*: Hay pocas arterias cuya ligadura sea peligrosa. No me refiero á las ligaduras á distancia, ni por aneurismas. En los casos de heridas, cuando se practica la ligadura aséptica junto al sitio lesionado es muy raro que sobrevenga la gangrena. En cambio, en las suturas de puntos perforantes es de temer siempre que se forme un coágulo que al desprenderse produzca la trombosis peligrosa. Este peligro es gravísimo, y me pregunto si no se hará correr más peligro al enfermo empleando la sutura de puntos profundos que ligando la arteria.

El Dr. *Bazy*: Voy á referir un caso que creo que tiene relación con el asunto que se discute. Extirpando ganglios situados sobre la arteria ilíaca externa, desgarré dos vasillos que nacían directamente de este vaso. Contuve la hemorragia aplicando pinzas sobre ellos y después ligándolos. Hechas las ligaduras resultó que la arteria ilíaca externa quedó ligada lateralmente y que la sangre, aunque pasaba, quizá no pasaba clínicamente, porque el dedo no apreciaba el latido arterial por debajo del sitio de la ligadura. Procedí como si la ligadura hubiera sido completa, rodeando el miembro con sacos llenos de arena caliente. No sobrevino incidente alguno y el enfermó curó.

Al extirpar en otro enfermo un epitelioma de la axila, tuve que reseca 5 centímetros de la arteria axilar. El éxito fué completo. Aunque en este caso es probable que el vaso estuviera obstruido por la neoplasia y en distintas condiciones que una arteria herida, creo, ateniéndome á estas dos observaciones, que es preferible la ligadura á la sutura de puntos profundos.

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

* * *

Siflís hepática de sintomatología anómala.—El Dr. *G. Klemperer* refiere el caso siguiente: Un individuo de treinta años, que hacía nueve había tenido un chancro duro y había estado sometido á una cura de uncciones de corta duración y al uso del ioduro potásico á grandes dosis, presentó un año después condilomas en las márgenes del ano, los cuales desaparecieron administrando de nuevo el ioduro potásico. Hace algunos meses enfermó de nuevo el sujeto con fiebre y calofríos; esta afección fué tratada al principio como fiebre intermitente y después como fiebre tifoidea; pero á

todo esto el enfermo iba decayendo cada vez más, perdió 30 libras de peso y presentaba un aspecto caquético.

Al encargarse el Dr. Klemperer de este enfermo, lo único que encontró por medio del reconocimiento fué aumento de volumen del hígado, cuyo límite inferior caía dos dedos por debajo del normal; además estaba algo doloroso á la presión, pero su superficie era igual, su consistencia normal y su borde liso. El bazo, que también estaba infartado, descendía hasta el borde costal en las inspiraciones profundas.

Partiendo de los tres datos principales, fiebre, infarto doloroso del hígado y antecedentes sifilíticos, diagnosticó el autor gomas del hígado en vías de destrucción, y prescribió las inyecciones de sublimado, con lo cual la fiebre desapareció á la décimacuarta inyección, para no volver á presentarse más. El hígado recobró su volumen normal, desapareció también la esplenomegalia, reapareció el apetito, aumentó el peso del cuerpo y el sujeto pudo volverse á dedicar á sus tareas habituales.

(*Soc. de Med. de Berlín*).

*
*
*

El cloruro bárico en las afecciones cardíacas.—En una de las últimas sesiones de la Unión de Medicina interna de Berlín, dió cuenta el Dr. Schædel de sus experimentos con el cloruro bárico.

Comenzó tomando él mismo un centigramo al día (en polvo y mezclado con 20 centigramos de azúcar de leche), sin observar nada de particular; después tomó 2 centigramos, dos veces al día, dos horas después de las comidas. A las dos horas el pulso estaba á 60, la presión sanguínea se había elevado mucho. Resultados parecidos observó con 5 centigramos diarios, sin que se presentase ningún efecto desagradable.

En vista de esto, procedió á usar el medicamento en 13 casos de afecciones cardíacas, á las dosis de 2, 3 y 5 centigramos, repetidas dos veces al día. En una obrera de treinta y seis años, con insuficiencia mitral, pulso muy pequeño y algo frecuente y débil presión sanguínea, aumentó mucho ésta y el pulso se hizo más fuerte, pero no menos frecuente, persistiendo estos efectos dos días. En otra ocasión se obtuvo igual resultado en esta misma enferma, persistiendo el efecto tres días.

Un sujeto de sesenta y seis años, que tenía degeneración del miocardio, pulso á 72, miserable y arrítmico, edema de las piernas, cianosis, albúmina en la orina y una postración tan grande que se esperaba de un momento á otro la terminación funesta, con 2 centigramos se elevó la presión sanguínea, y con 5 el pulso se hizo menos frecuente, desaparecieron la arritmia, el edema y la cianosis, mejoró el apetito y sólo se encontraban vestigios de albúmina en la orina. El enfermo se repuso mucho y pudo ser dado de alta muy mejorado.

En tres individuos cuya edad estaba comprendida entre sesenta

y dos y sesenta y ocho años, se consiguió el mismo resultado, sobre todo en lo relativo al músculo cardíaco.

En un sastrero, de treinta y ocho años, que padecía de asma cardíaco, mejoraron los síntomas, y la presión sanguínea subió á 150 milímetros; en un caso de aneurisma aórtico, con presión sanguínea á 105 milímetros y pulso á 100, con 3 centigramos de la sal bárica el pulso se puso á 78 y la presión á 120.

En un paciente, de veinte años, con insuficiencia mitral, también se hizo menos frecuente el pulso y se elevó la presión sanguínea. En un obrero joven que padecía de taquicardia nerviosa, con 3 centigramos del medicamento se normalizó el pulso. En una mujer cuya presión sanguínea era baja á consecuencia de grandes pérdidas de sangre, con el cloruro bárico ascendió mucho la presión sanguínea.

El autor cree que el cloruro bárico es un medicamento más útil que la digital, sobre todo por la mayor seguridad de sus efectos.

En la discusión promovida con motivo de esta comunicación, el Dr. A. Frænkel preguntó si la sal bárica aumentaba la diuresis, y el Dr. Aronson preguntó, á su vez, si no producía ningún efecto en el tubo digestivo, y con este motivo recordó que en la práctica veterinaria, en la que se ha usado el cloruro bárico en los caballos contra los cólicos, se han observado algunos casos de muerte repentina como consecuencia de la administración de dicho medicamento.

El Dr. Schædel contestó que el cloruro bárico aumenta la diuresis, y que á las dosis pequeñas, á que él lo ha empleado, no produce ningún efecto en el intestino, ni puede ocasionar las intoxicaciones de que habla Aronson.

(*Deuts. Med. Zeitung*).

*
**

El suicidio en el ejército ruso.—Una estadística publicada por el Dr. Makarow, y resumida por el Dr. Faflary (*Le Caducée*), contiene datos interesantes sobre este punto en los años 1895-1899.

Hubo en el quinquenio 238 suicidios de Oficiales (47 por término medio anual, 1 por 1.041 Oficiales), siendo el hecho más común en los cosacos, en los batallones de ferrocarriles y en los jóvenes; en cambio, en los de la guardia sólo hay 0·83 por 1.000. El círculo militar del Amour del Turkestan y de Petersburgo dan el mayor contingente, así como las guarniciones de Petersburgo, Varsovia, Moscou y Brets-Litowsk. Es más frecuente en invierno y primavera. El arma de fuego es el medio usual (87·4 por 100); luego el veneno (4·6 por 100), casi sólo usado por los Médicos y *feldchers*, y en último lugar el colgamiento, la precipitación desde una altura y bajo un tren.

Las clases y soldados han dado en dicho quinquenio un contingente de 737 suicidios (0·14 por 1.000, 1 por 7.143). Las clases dan una proporción mayor que los soldados, especialmente las de ca-

ballería. Las guarniciones de Varsovia, Odessa, Kiev y Petersburgo son las más castigadas. Se nota en estos casos la misma influencia estacional mencionada. Las armas de fuego ocupan el primer lugar, pero mucho menos que en los Oficiales (47'4 por 100); á ellas siguen el colgamiento, los venenos, los instrumentos cortantes.

En orden de frecuencia, las causas generales de los suicidios son: trastornos mentales, alcoholismo, juego, amor contrariado, disgustos de familia (la juventud sobre todo). Este último hecho, más que á aversión al servicio militar ó á dificultades en el mismo, es debido al estado constante de tensión de espíritu, que conduce á un desequilibrio mental.

En el ejército alemán los suicidios son cuatro veces más frecuentes, y diez más en el austro-húngaro que en el ruso.

(*Rev. Méd. de Sevilla*).

* * *

Oclusión intestinal por un cálculo biliar.—El Dr. *Bravo y Coronado*: En el caso de que voy á ocuparme, se trataba de un hombre de cincuenta y cuatro años, fuerte y robusto, y sin más antecedentes patológicos que los escasos que consignaremos más tarde.

Este sujeto, que hasta aquel momento se encontraba en plena salud, al ver amputar un dedo á su hermano es acometido de un síncope pasajero que le hace caer al suelo; al recobrar el conocimiento hubo algunos vómitos, que persistieron, presentándose además un dolor intenso en el vientre, con deseos de hacer deposiciones, pero sin conseguirlo en las distintas tentativas que para ello hizo.

Al principio se procuró calmar el dolor con una inyección de un centigramo de morfina y se dispuso un purgante (que es repetido al día siguiente), pero en vista de su ineficacia y de haberse presentado síntomas de oclusión intestinal se aconseja llamar á un Cirujano.

Cuando ví en consulta al enfermo los vómitos continuaban, sobre todo en cuanto era ingerida la más pequeña cantidad de líquido ó cuando las exploraciones del abdomen imprimen á los intestinos algún movimiento; su carácter no era fecaloideo, y más bien parecen vómitos porráceos, de posos de café, muy oscuros é idénticos en absoluto á los productos de un hematemesis no muy abundante.

El dolor del vientre era intensísimo y se aumentaba con la más ligera presión, no estando localizado en ningún punto de la cavidad abdominal. Las deposiciones eran nulas, á pesar de los enemas é irrigaciones; tampoco había expulsión de gases; la orina era escásima.

El vientre se hallaba timpanizado por igual, sin marcar zona especial ni forma asimétrica determinada, y á la palpación, además de una defensa muscular algo intensa en toda la pared, parecía

apreciarse en la región epigástrica una zona de dureza mal limitada, sin formar tumor.

La cara abdominal, el pulso pequeño, la ausencia completa de elevación térmica y un ligero sudor frío, que cubría la cara y las manos, completaban el cuadro, que por lo gráfico era bien expresivo.

Como antecedentes supimos que en dos ocasiones lejanas había padecido dos crisis dolorosas de estómago, de duración variable entre dos y seis horas, acompañadas de vómitos, que cesaron de una manera rápida sin dejar tras de sí trastorno alguno.

Se trataba de una oclusión intestinal de marcha aguda; pero su complemento, ó sea la causa y sitio de la oclusión, no fué posible precisarlo, ni era fácil hacerlo; únicamente á título de hipótesis formulamos la siguiente interpretación patogénica:

Dado el carácter de los vómitos, los antecedentes de las gastralgias padecidas en épocas anteriores y de los vómitos que las acompañaban, y dado también que la exploración parecía denunciar mayor dureza en la región epigástrica y mayor dolor á la presión, era posible que el enfermo padeciera un carcinoma gástrico, que, al progresar en su evolución, había invadido el colon transversal estrechándole, ó producido la formación de bridas ó adherencias que produzcan también la oclusión y con ella los fenómenos presentados por el enfermo.

Como la oclusión era evidente y estábamos en el segundo día, habiéndose empleado casi todos los recursos médicos de que podía echarse mano y sin resultado alguno, se dispuso insistir durante aquella noche en el empleo de la morfina, de las irrigaciones altas, de las pulverizaciones etéreas al vientre, en el uso de los baños generales templados, etc., pero al mismo tiempo preparar todo lo necesario para intervenir á la mañana siguiente si los fenómenos de oclusión no se dominaban con aquellos recursos.

Así las cosas, ocurrió en este caso lo que pasa con mucha frecuencia, cual es que la resistencia del enfermo y de la familia á todo lo que fueran operaciones les hizo buscar la opinión de otro compañero, el cual, participando de la resistencia de la familia, y con mayor confianza en los recursos médicos de la que nosotros les concedíamos, se opuso á la operación resueltamente, y en la mañana del tercer día, cuando nos disponíamos á operar, nos encontramos con la negativa rotunda del enfermo, familia y Médico consultor, siendo inútiles cuantos argumentos empleamos para convencerlos.

No volví á ver al enfermo en todo este día, y ya juzgaba que habría fallecido, cuando fuí avisado con urgencia, á las doce de la noche, para que volviera á verle, porque en vez de mejorar se ponía á cada momento más grave. Encontré al enfermo en una situación desesperada, casi sin pulso, frío de extremidades, con la cara descompuesta, labios ligeramente cianóticos, resolución muscular y gran ansiedad respiratoria; era, en suma, casi un agónico.

Expuse á la familia mi creencia formal de que en aquel estado

era imposible intentar nada con probabilidades de éxito; pero habiéndose cambiado la oposición del principio por una resolución decidida para que fuera operado, me dispuse á ello, advirtiendo que no respondía de que el enfermo no se quedara muerto sobre la mesa de operaciones.

Con la inseguridad del sitio de la oclusión y de la causa de ésta, teníamos que practicar la incisión del vientre de manera que nos permitiera explorar el estómago, píloro, etc., y al mismo tiempo todo el resto de los órganos abdominales; para ello elegimos la incisión paraumbilical, haciéndola de unos 10 centímetros, 5 por encima del ombligo y 5 por debajo.

Una vez hecha la laparotomía, fui directamente á explorar el estómago, y quedó en seguida destruida nuestra hipótesis. Estaba completamente sano, nada de tumor, de bridas ni adherencias; píloro normal y permeable.

Como el tiempo urgía, hicimos rápidamente la eventración total de unas asas intestinales, rojas, amoratadas y grandemente distendidas, que recibía un ayudante en compresas empapadas de agua salada caliente, y de este modo encontramos también con rapidez el punto de la oclusión, que á la vista se distinguía, porque, á partir de él, las asas intestinales se encontraban completamente vacías y aplanadas en forma de cinta, y que al tacto se reconocía también por la existencia de un cuerpo duro y redondeado en el interior del intestino, que desde fuera daba enteramente la impresión de que se trataba de una bala de plomo redonda.

Colocamos dos pinzas elásticas de Doyen por encima y por debajo del cuerpo duro, para cortar con ellas la corriente intestinal é incidimos el intestino sobre el agente obturador en la dirección de su eje y por el borde libre del trozo intestinal cogido entre las pinzas. Por esta incisión se extrajo un cálculo biliar, liso, de forma esférica prolongada, del tamaño de una nuez no muy gruesa, de un color pardo negruzco y de una dureza considerable.

Suturamos en seguida la herida intestinal en dos planos: una, que comprendía todas las capas, continua y de seda, y otra serosa, también continua y con seda, y retiradas las pinzas cerramos la cavidad, suturando en dos planos la herida de la pared. Ya abrigábamos alguna remota esperanza, cuando un inmenso vómito fecaloideo puso término á las energías del enfermo y con ellas á su vida.

Antes, y durante la operación, inyecciones hipodérmicas de suero artificial, de cafeína y de éter, habían sido aplicadas, y con ellas pudo sostenerse el pulso y la vida, hasta que la lucha fué imposible.

Este caso, aunque fatal en su resultado, es altamente instructivo: la causa puramente mecánica de la oclusión, la facilidad relativa con que pudo encontrarse y ser apartada, las condiciones orgánicas del sujeto, fuerte, robusto y resistente, hacen pensar con tristeza, y casi con absoluta certeza, que si hubiera sido operado por la ma-

ñana era casi seguro que el éxito de la intervención hubiera sido completo.

Por otra parte, si una oclusión producida por un cuerpo liso, y no de un diámetro exagerado con relación al del intestino delgado, no pudo ser vencida por los recursos médicos mejor dirigidos y aplicados, ¿con cuánta mayor razón no hemos de desconfiar de ellos en los casos en que no se trate de un cuerpo que se atasca en el interior del intestino, sino de una adherencia, una brida, un tumor, y tantas y tantas otras causas más permanentes, de acción más constante y de separación más difícil, como las que pueden producir una oclusión intestinal?

No creemos pecar de exageradamente intervencionistas si del estudio de este caso deducimos como enseñanza: Primero. Que la intervención quirúrgica en los casos de oclusión intestinal es una necesidad urgente, que, como en los casos de hernia estrangulada, debe ser hecha siempre que á las veinticuatro horas de iniciada la oclusión no ha sido vencida con los recursos médicos. Segundo. Que las probabilidades de éxito de la operación aumentan á medida que es practicada en tiempo más próximo al principio de los síntomas de oclusión. Y tercero. Que es necesario no confiar demasiado en unos recursos terapéuticos que en la mayoría de los casos, dada su anatomía patológica, no pueden tener acción ninguna eficaz.

Acad. Méd-Quirúr. Española).

*
**

Muerte por sumersión y medios de volver á la vida.—El Doctor *E. A. Schoæfer* presentó un informe en nombre de una Comisión nombrada por la Sociedad Médico-quirúrgica de Londres para estudiar los fenómenos de la muerte por sumersión y los medios de volver á la vida. Hizo una reseña de los experimentos practicados en perros y se ocupó después de los diversos métodos de respiración artificial que se emplean en el hombre. Todos ellos tienen por objeto aumentar la capacidad del tórax elevando las costillas, expulsar el aire contenido en el pecho por compresión directa y hacer penetrar aire en los pulmones por medio de una bomba ó de fuelles. Los métodos de respiración artificial ensayados fueron: la simple tracción (y relajación) sobre los brazos, estando el sujeto en posición supina; la tracción de ambos brazos con compresión alterna sobre el tórax, en posición supina; la compresión intermitente sobre el tórax, en posición supina; la tracción sobre un solo brazo, hallándose el sujeto sobre el lado opuesto con el brazo debajo del cuerpo; la presión intermitente sobre el tórax, posición lateral; los cambios frecuentes de posición del sujeto de la lateral ó la perosupina á la supina, con compresión alterna sobre el tórax y el dorso. Todos estos métodos son útiles para favorecer la entrada de la cantidad suficiente de aire en los pulmones y conservar la oxigenación. Sin embargo, el más útil de todos es el cambio de posición del enfermo combinado con las presiones sobre el tórax.

Citó después los experimentos hechos sobre los efectos de la sumersión en perros anestesiados. El agua penetra en los pulmones, pero es absorbida en ellos, como lo prueba el hecho de que aunque se sumerjan perros en agua no se ve salir de los pulmones una gota de agua al cortarlos. Si se encuentra en ellos agua es porque penetra después de morir el animal. Los experimentos prueban que es posible volver á la vida á un animal después de una inmersión de ocho minutos; en otros casos la muerte sobreviene con rapidez después de una sumersión más corta. Este hecho es debido, al parecer, á que, á pesar de la respiración artificial, la sangre no se oxigena debidamente por el moco espumoso que obstruye los bronquios. Cuando es segregado moco en abundancia, es conveniente emplear los fuelles para la respiración artificial. En los casos de muerte en que no hay abundancia de moco, se cree que es debido á la imposibilidad de estimular el corazón paralizado por la asfixia.

El agua de mar es absorbida muy poco ó nada; el moco espumoso es abundante en estos casos, pero muy fluido. La rapidez y la seguridad del resultado fatal son menores en este caso. La curación por la respiración artificial se obtiene, al parecer, con más facilidad y la respiración natural se restablece antes. Las inyecciones de extracto suprarrenal producen sólo un efecto pasajero sobre la presión sanguínea y el pulso.

El Dr. *H. R. Sylvester* dijo que el método de respiración artificial por los cambios de posición del enfermo tiene el inconveniente de expulsar el contenido del estómago á la faringe y el peligro de que penetre en las vías respiratorias. Los experimentos sobre animales vivos, pero en estado de inconsciencia, son falaces.

El Dr. *R. L. Bowles* manifestó que por el método de Marshall Hall se obtienen mejores resultados, respecto á la entrada del aire en los pulmones, que por el recomendado por la Comisión. El método de dirigir la lengua hacia adelante y fijarla en esta posición, no es de empleo universal. El empleo de los anestésicos induce al error cuando se comparan los resultados en animales en estado de anestesia con la sumersión ordinaria.

El Dr. *H. D. Wood* indicó que es conveniente hacer que salga algo de agua de los pulmones. La Asociación de la Ambulancia de San Juan acostumbra á colocar boca abajo el cuerpo del ahogado, comprimiendo sobre el dorso y practicando después la respiración artificial por el método de Sylvester.

El Dr. *F. W. Hewitt* señaló la analogía de la muerte por sumersión y por los anestésicos, y preguntó si la falta de contracción muscular en el primer caso puede compararse con los espasmos que ocasionan la muerte en el segundo. Este espasmo dificulta el tratamiento, porque muchas veces impide la entrada del aire en los pulmones.

El Dr. *M. S. Pembrey* dijo que la influencia del sistema nervioso es grandísima y que los experimentos practicados por la Comisión no tienen gran valor, porque los animales en quienes se practicaron

estaban anestesiados y acostumbrados al agua. La absorción del agua en los pulmones es rápida mientras vive el animal. La insuflación es utilísima y debe practicarse en gran escala.

(*British. Med. Journal*).

* *

Epidemia actual de sarampión.—El Dr. *Fernández Gómez*: Ha observado tres casos de recidiva, de los que un enfermo era la tercera vez que padecía esta enfermedad, y uno de recaída con intervalo de diez días. El período de incubación oscila entre ocho y doce. En cuatro enfermos no hubo catarro; una niña tuvo sólo síntomas gástricos sin remisión febril al tercer día, como ocurre ordinariamente; al quinto se presentó tos, y al siguiente la erupción; en dos observó rash escarlatiniforme, sobre todo en las extremidades inferiores. Los puntos de Coplik, dados hace poco tiempo como patognomónicos, y consistentes en vesículas blancoazuladas, no los apreció sino en seis casos; es dato que, según Gerhardt, fué conocido por los años de 1853 ó 54. Las temperaturas no han solido pasar de 39°. Ha observado una vez la aparición del exantema el primer día de fiebre, y manchas equimóticas acompañando á síntomas benignos; frecuente la remisión rápida de la fiebre, desapareció en dos casos al completarse la erupción.

Vió un enfermo afecto de la forma ataxo-adinámica, teniendo al segundo día fiebre de 41°, disnea, delirio y subsalto de tendones, apareciendo la erupción al tercer día, no completándose, y muriendo el enfermo sin síntomas pulmonares.

De broncopneumonía ha visto tres casos: un niño de un año y otro de dos; fué diseminada, de focos múltiples, terminando desgraciadamente; el sarampión fué pálido; la temperatura, de 39,5° á 40°, llegó á 40,5°, descubriéndose entonces los síntomas respiratorios.

Observó cinco de pneumonía franca. ¿Es una determinación infecciosa del sarampión, como la broncopneumonía? Se cree que no; él no se separa mucho de la opinión de Cadet de Gassicourt, porque ha seguido al sarampión normal, elevándose la temperatura uno ó dos días después, costando mucho trabajo apreciar los síntomas. Fueron del lado izquierdo, en su base y parte media, siguiendo un curso regular, terminando por crisis del quinto al sexto día y completándose en doce ó catorce horas. No ha visto laringitis tenaces.

Ha observado también diarreas no copiosas y vómitos; en la convalecencia vió uno con vómitos abundantes y repetidos, quizá por la debilidad irritable de Leyden.

En cinco enfermos hubo elevaciones térmicas, que fueron en dos intermitentes, llegando á cerca de 40° varios días sin descubrirse la causa; en los otros tres fué continua, remitente de 38 á 39°, desapareciendo al cabo de siete ú ocho días. Para explicar este fenómeno ha pensado en asociaciones gripales.

La epidemia ha sido benigna, pues de unos 70 enfermos que ha tratado sólo tuvo que lamentar 3 defunciones.

El tratamiento ha sido el usual: higiene, pociones amoniacaes para activar la diaforesis, y en las temperaturas altas, dosis pequeñas de antipirina. Para la tos quintosa dió calmantes, alcoholaturo de acónito y bromuro sódico con agua de tilo ó azahar y jarabe de lactucario ó de codeína. En las broncopneumonías, balneación tibia, y si el corazón desfallecía, cafeína ó unas gotas de tintura de digital. En la ataxo-adinamia, baños y sedantes.

En casi todos empleó la luz roja, no habiendo encontrado con ella beneficios en esta epidemia; los casos complicados fueron tratados así con toda escrupulosidad, sin apreciar ninguna modificación favorable.

En la clínica de Netter se empleó el suero antiestreptocócico, con resultados negativos, en 14 casos de broncopneumonia. También se ha ensayado el suero sanguíneo de sarampionosos curados, sin saberse aún nada definitivo de este tratamiento.

El Dr. *Benítez*: Es curiosa la observación de tres recidivas, porque él las cree muy excepcionales; nunca ha asistido de sarampión á nadie dos veces. Ha visto en la epidemia actual cuatro casos de epidemias familiares, en que hubo uno con ligeras manchas en las extremidades inferiores; uno tuvo exantema exclusivamente en la cara y fiebre ligera, no habiéndole observado sin erupción, pero sí casi sin fiebre; de los ocho á los catorce días aparecieron síntomas catarrales, fiebre y sarampión. ¿Es esto recidiva? ¿Fué la primera erupción gripal? ¿Es que la roseola epidémica infantil coincide con el sarampión? Es raro la padeciesen los que después habían de sufrir sarampión. O es recidiva, hecho muy extraño, ó el sarampión mismo; cuando el microbio esté conocido podrá decirse. Es anómalo que fuese el segundo ataque más grave que el primero; por eso duda de los casos de recidiva, porque al preguntar á las madres que dicen que sus hijos lo padecieron antes, cuentan que el más intenso es el que él vió, el segundo. De los que él ha tratado en esta epidemia no murió ninguno.

Para el pronóstico hay que tener en cuenta la benignidad ó la malignidad de las epidemias. En las familiares, si el veneno es malo en el primer invadido, lo será probablemente en los demás de la misma casa.

Hace tres años publicó varios casos tratados por la luz roja, sin pretender sacar conclusiones; dijo entonces, y sigue diciendo, que con ella el sarampión duraba menos tiempo, y si se suprime prematuramente, parece volver el mal con mayor fuerza. Sigue con este tratamiento porque no ve en él inconvenientes, y todos los así tratados han curado bien.

El Dr. *Salas*: Asistió en Montilla á una epidemia, desde Abril á Septiembre de 1901, en que para la observación se pusieron de acuerdo todos los Médicos de la localidad; se trataron por la luz roja; los primeros casos fueron leves, con erupción franca; luego graves, con gran difusión, siendo invadidos el 80 por 100 de los niños, debiendo advertir que las condiciones higiénicas eran malas.

Hubo fenómenos nerviosos, laringitis, bronquitis y perturbaciones digestivas. Atacó á los adultos y se presentaron recidivas, que fueron frecuentes en los primeros casos. Dejaron de usar aquella luz convencidos de que no servía, si bien con su empleo, mientras la epidemia no fué intensa, duró la erupción menos de lo corriente.

El Dr. *G. Mansilla*: Son para él indudables las recidivas: un hijo suyo tuvo sarampión dos veces, y grave; una hace dos años, y otra recientemente. El Dr. Fernández Gómez tuvo 3 muertos de unos 60 enfermos, resultando la mortalidad de 5 por 100. Con esta relativa gravedad contrasta la del sarampión padecido por los aislados en el Hospicio: de 65 enfermos murieron 21, ó sea el 32'30 por 100; de esos 29, 19 eran expósitos, heredosifilíticos ó con lesiones tuberculosas, escrofulosas, etc.; 7 eran menores de seis años, habiéndose presentado broncopneumonías, enteritis y noma. Las manifestaciones oculares observadas fueron las pústulas perique-ráticas ó corneanas postsarampionosas, y los catarros óculonasales y conjuntivitis intensas precoces.

El Dr. *Valle*: En cuanto á la receptividad, debo decir que he visto niños que, viviendo en atmósfera de sarampión, no lo contra-geron, confirmándose así la inmunidad natural. En el período de incubación casi nunca observé ningún fenómeno, pero alguna vez aprecié alguno del aparato digestivo; el prodrómico duró algunas veces ocho días, con síntomas alarmantes. Cuando se sospeche el sarampión, si hay manifestaciones digestivas se deberá tener cautela en el plan evacuante, porque las enterocolitis pueden durar. Ví estomatitis aftosa que persistieron en la convalecencia, y así como he visto escarlatina sin exantema, cuando padecían la enfermedad otros niños de la familia, único modo de conocerla, no ha sucedido lo mismo con el sarampión. Observé epistaxis violenta, que pareció ceder usando enemas de gelatina al 5 por 100; en otro empleé adrenalina con buen resultado; era ésta menos violenta, y el niño las padece con frecuencia, al paso que en el primero no había predisposición conocida. Los fenómenos nerviosos en el niño, que los presenta en toda fiebre, no deben atribuirse á especificidad. En la declinación tuvo un niño manifestaciones de gripe de forma abdominal, intensa y persistente.

También he observado repetición del mal en la convalecencia ó muy cerca del primer ataque; ví un niño que salió á la calle demasiado pronto, y en el que á los diez ó doce días comenzó otro sarampión igual al primero. Creo que son raras las recidivas, pero he visto algunas, quedando en ciertos casos la duda de si se trataría de alfombrilla. En la gravedad influye el genio epidémico; ví una epidemia en Gijón, muy mortífera, sin duda por virulencia del germen. Además, hay epidemias de ciertas colectividades y ciertas casas de vecindad en que falta la higiehe ó son débiles los individuos que enferman, en las que el pronóstico se agrava.

La luz roja obra en la viruela influyendo sobre la erupción y en la marcha, que es causa de complicaciones; en el sarampión la he

ensayado, no disminuyendo la intensidad; sin cosas graves, tuvo con ella algunos tropiezos.

El Dr. *Prada*: Ha observado un niño con recidiva á los cuatro años. Ha visto presentarse broncopneumonia en uno tratado por la luz roja. Un niño de seis años tuvo al cuarto día de fiebre la erupción, que palideció dos después, desapareciendo la fiebre; se exacerba ésta, y se presenta un nuevo brote en el antebrazo izquierdo; al quinto día se aprecia igual en la pierna del mismo lado, sin que haya visto nunca nada semejante. Cree en el genio epidémico, pero hay que dar más al terreno y menos al germen. La luz roja alivia la fotofobia por la obscuridad, pero no cree que disminuya la gravedad ni la mortalidad.

El Dr. *Baró*: La acción de la adrenalina desaparece pronto; un hemostático superior es el pengawar, que es una especie de fibra que se aplica en el sitio de la hemorragia y da buen resultado.

El Dr. *Cerrillo*: Ha visto recidivas indudables. En una casa visitó 4 enfermos que empezaron con gran disnea, que recordaba el pseudocrup, viendo después otro con igual disnea. (El Dr. Benítez: Así empiezan muchos). Hay unos graves y otros que curan casi sin tratamiento. Se puso la luz roja para un enfermo, ocurriendo las cosas igual que en los demás en que no se usó.

El Dr. *Fernández Gómez*: Si el Dr. Benítez duda de la recidiva, los casos aquí expuestos la demuestran. Lo que este señor expuso no fué ni recidiva ni recaída; las primeras manifestaciones no fueron sarampión; existen, á veces, ligeros trastornos de incubación. Nadie niega el genio epidémico, poniéndole en armonía con las doctrinas modernas; pero no es todo la virulencia, influye mucho el terreno, como demuestra la estadística del Hospicio. En sus casos, sólo hubo ligero catarro conjuntival. Parece que la luz roja no tiene acción favorable; cuando el exantema es más intenso, según enseña la experiencia, el curso es mejor; así que, si sólo se modifica con ella el exantema, no es beneficio. En esta epidemia no ha visto ninguna epistaxis grave, pensando en utilizar la adrenalina si la hemorragia hacía necesario intervenir. La epidemia citada por el Dr. Salas era de casos malignos.

(*Acad. Méd.-Quir. Española*).

*
*
*

Absceso cerebeloso de origen otítico.—El Dr. *Fernando Alt*: Un individuo de setenta años cayó enfermo en Diciembre de 1902 con otitis media aguda y supurada del oído izquierdo. En Marzo de 1903 la membrana timpánica estaba muy inflamada, el pus salía, con pulsaciones, de la caja del tambor; la apófisis mastoides estaba muy sensible á la presión, y había cefalalgia y marcha vacilante. El enfermo no consintió en que se abriera la apófisis mastoides. El 18 de Marzo lo trajeron en peor estado, con vértigo muy acentuado, cefalalgia y dolores en el peñasco. Sospeché un absceso del cerebelo ó más bien una supuración de los conductos semicircula-

res, porque no había alteración por parte de ningún nervio cerebral ni tampoco retardo de pulso ni fiebre.

Al trepanar encontré intactas las capas corticales de la apófisis mastoides. A una profundidad de 5 milímetros hallé pus y el hueso con infiltración purulenta; después descubrí una fístula que conducía hasta el cerebelo. Extirpé el hueso, y de la dura madre todo lo necesario para llegar á la porción del cerebelo, que era asiento de una fusión purulenta superficial; incendié dicha porción, con las pinzas de anillos extraje como media cucharada de pus, é introduje gasa iodofórmica como medio de desagüe. Al día siguiente se vió que el fondo del ojo estaba normal y que había nistagmus horizontal. Además de la ataxia había exaltación de reflejos, pero nada de fiebre, ni de retardo de pulso, ni de síntomas de déficit.

A los catorce días el enfermo estaba completamente restablecido.
(*Imperial y Real Soc. de los Méd. de Viena*).

*
*
*

Desinfecciones públicas.—El Dr. Calmette: Para comprobar los efectos obtenidos con el ácido sulfuroso ó con formaldehído y sus derivados, es necesario determinar: primero, si la penetración del antiséptico ha sido suficiente para asegurar la destrucción de los gérmenes patógenos contenidos en el espesor de los objetos contaminados sometidos á desinfección; y segundo, si los gérmenes patógenos que se desean destruir en cada caso particular han sido destruidos. De gran número de experimentos que hemos verificado en colaboración del Dr. Rollans, hemos visto que unos tubos graduados llenos de arena coloreada en azul con la tintura de tornasol, colocados á distintas alturas en la habitación que se trata de desinfectar con el ácido sulfuroso, dan indicaciones bastante precisas é inmediatas sobre la eficacia de la desinfección efectuada. Para comprobar la destrucción de los gérmenes patógenos hemos usado unos tubos de cristal de 10 centímetros de largo por 10 milímetros de diámetro, en cuyo interior se colocan tiras de papel de filtro impregnadas con cultivos puros del microbio patógeno que se trata de experimentar; se obturan las extremidades con algodón y se les sostiene durante veinticuatro horas en la estufa seca á la temperatura de 30°. De estos tubos unos se conservan como testigos, y otros se colocan á diferentes alturas en la habitación que se va á desinfectar. Cuando se emplea el formaldehído como desinfectante, preparamos tubos que contienen arena fina desecada, y en los que se intercala de 5 en 5 centímetros una especie de lentejuelas formadas de suero fuchinado y desecado, las cuales cuando han sido sometidas á los vapores de formol son insolubles y no abandonan su materia colorante. La comprobación bacteriológica de este último desinfectante puede efectuarse del mismo modo que para el ácido sulfuroso, si bien éste tiene un poder de penetración mayor que el otro.

(*Acad. de Med. de Paris*).

*
*
*

Embarazo tubario. Laparotomía.—Interesante es el siguiente caso que publica el Dr. Bravo (D. Juan).

La enferma que motiva estas líneas es una señora de treinta y dos años; ha gozado siempre buena salud; las reglas desde su aparición han sido regulares; ha tenido dos partos perfectamente normales, y posteriormente un aborto de unos dos meses, quedando al parecer bien. Tuvo la última menstruación en la primera decena de Marzo. El día 20 de Abril sintió por la noche fuertes dolores de vientre y apareció un flujo sanguíneo vaginal, que creyó fueran las reglas que se habían retrasado; los dolores partían de la fosa ilíaca derecha y se extendían á toda la región hipogástrica; la palpación del vientre resultaba muy dolorosa; la matriz estaba grande y blanda, el cuello, entreabierto, permitía la introducción del dedo hasta su orificio interno; en el fondo de saco posterior y á la derecha se apreciaba la existencia de una tumoración de forma ovoidea, elástica, del tamaño de un huevo de paloma, bastante dolorosa al tacto. La fiebre duró ocho días y osciló entre 38°,5 y 39°,5. Á los doce días, y después de haber desaparecido todos los síntomas de agudeza, quedando sólo alguna ligera molestia en ciertos movimientos y persistiendo la tumoración en estado próximamente igual al del primer día, abandonó el lecho, en el que había permanecido hasta entonces sometida al uso de opio é irrigaciones vaginales calientes. Al segundo día de levantarse (2 de Mayo), y sin causa á qué poder atribuirlo, sintió de repente un violento dolor en el bajo vientre que la hizo perder el conocimiento, seguido de vómitos, palidez general, descomposición de la cara, enfriamiento de las extremidades, disnea, pulso filiforme é incontable. Á mi llegada, una hora después de ocurrido el accidente, la encontré en tan mala situación que me pareció difícil pudiera hacerse algo útil para salvar aquella vida que parecía tan comprometida.

Mandé por suero artificial, aceite alcanforado, morfina y cafeína; coloqué á la enferma con la cabeza baja, rodeé el cuerpo con botellas de agua caliente y la hice tomar una infusión caliente de café con alcohol.

Mientras llegaba lo pedido á la farmacia escribí á los Doctores Abascal y Gutiérrez, solicitando su concurso para tan grave caso de su especialidad.

Por ocupaciones profesionales inexcusables no pudo el Dr. Gutiérrez acudir en los primeros momentos, pero el Dr. Abascal me hizo el señalado favor, que nunca olvidaré, de acompañar al portador de mi carta. Entre tanto, y ya en mi poder los medicamentos pedidos, puse á la enferma una inyección de suero artificial de 200 centímetros cúbicos, 2 decigramos de alcanfor y un centigramo de morfina, notando con disgusto que la enferma no se dió cuenta de ninguna de las punturas que hubo necesidad de practicar.

Transcurrido un breve espacio de tiempo, y cuando parecía que las extremidades tendían á calentarse y el pulso latía con un poco más de fuerza, nuevos síntomas de hemorragia vinieron á agravar

su estado, haciéndome temer un rápido y funesto desenlace. En esto llegó el Dr. Abascal, y puesto por mí en antecedentes de lo ocurrido en los días anteriores, y procediendo al reconocimiento que permitía el estado de la enferma, se manifestó conforme con lo que yo suponía, que la rotura de la tumoración por mí apreciada en el fondo de saco posterior era la causa del gravísimo cuadro que nos ofrecía la enferma, añadiendo que, á su entender, se trataba de un embarazo ectópico con rotura de la trompa, suposición que resultó de una exactitud matemática en la operación. Convinimos en seguir con los medios que se estaban empleando, y aprovechar los menores indicios de reacción para hacer una operación de urgencia é ir á detener la hemorragia en su origen.

Se mandó aviso al Dr. Alcobilla para que preparase el material de cura conveniente, y se previno á la familia para que aprovechando aquel compás de espera oyese el parecer de las personas que estimase conveniente. Vino el Dr. Ortiz de la Torre, el que se manifestó en absoluta conformidad con lo por nosotros expuesto. El Dr. Gutiérrez no pudo acudir hasta la mañana siguiente, manifestando idéntico criterio; y como estábamos todos conformes en que la operación con todos sus riesgos era el único medio que podría, llegando á tiempo, salvar la vida de la enferma, tanto más indicada cuanto que en las veintidós horas transcurridas del accidente dos nuevas hemorragias habían venido á agravar su estado, quitándonos la esperanza de una cohibición espontánea.

La familia nos autorizó para la operación, perfectamente enterada de todas las contingencias que podían ocurrir, y á las veinticuatro horas del accidente empezó la operación el Dr. Abascal, ayudado por los Dres. Redondo, Peralta y Torres. Consistió en laparotomía subumbilical; la trompa la cogió con pinzas para evitar continuase la pérdida de sangre, limpieza en seco del peritoneo y extirpación de la trompa, rota por la cara superior, cerca de la matriz; la cantidad de sangre líquida y coagulada que existía en la cavidad peritoneal se estimó en 1.500 á 2.000 centímetros cúbicos.

Al trasladar á la enferma á la cama de operación era tal la depresión en que se encontraba, que resultaba difícil darse cuenta de que aún quedaban restos de vida en aquel cuerpo, completamente frío, con un pulso filiforme, apenas perceptible, y una respiración tan superficial que nos hacía temer que cualquier incidente de los necesarios para la operación, incisión del peritoneo, vaciamiento del hematocele, sirvieran de pretexto para acabar con su vida.

No sucedió afortunadamente así, y el Dr. Abascal terminó la operación tan brillantemente como la había comenzado, y todos respiramos con más tranquilidad al ver nuevamente á la enferma en su cama.

El curso post operatorio fué tan favorable, que á los veinte días se levantó la enferma completamente curada.

Las estadísticas publicadas acerca de la intervención de urgencia en los casos de inundación peritoneal, dan las siguientes cifras:

Cestan, 79'5 por 100 de curaciones; Chouyau, 86'4 por 100, y Agui-
net, 75'5 por 100. Y las enfermas tratadas por la expectación, 86 por
100 de mortalidad (1).

De lo expuesto se deduce lo interesante que es en estos casos
hacer un pronto diagnóstico para poder intervenir dentro de las
cuarenta y ocho primeras horas, que es el plazo en que se obtienen
mayor número de curaciones.

Es tan escaso el número de publicaciones españolas acerca de
la inundación peritoneal, que contrasta con las numerosas estadís-
ticas de otros países, y quizá permitiese pensar en si se formularán
todas las veces que es necesario, y en el plazo conveniente, el diag-
nóstico que permitió salvar la vida de nuestra enferma.

(*Rev. de Med. y Cir. prácticas*).

SECCION PROFESIONAL

MATERIAL SANITARIO

«*Circular.*— Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que
se publique, para general conocimiento, la siguiente descripción del pa-
quete de curación individual, declarado reglamentario por Real orden
de 20 de Febrero último (*D. O.* núm. 41).

De la de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 19 de Agosto de 1903.—Martí-
tegui.—Señor.....

Descripción que se cita.

Constituyen dicho paquete de curación:

1.º Una envuelta exterior de tela impermeable, como la del paquete
que venía usándose últimamente, de 0^m,12 de longitud y 0^m,08 de ancho,
con una inscripción impresa en la misma tela expresando la manera de
emplear los elementos en ella contenidos. La tela estará cosida por tres
de sus lados, procurando que los extremos resulten redondeados. Las
costuras se cubrirán con dos manos de barniz de caoutchouc.

2.º Un papel pergamino para envoltura interior.

3.º Dos impermeables de 0^m,06, envueltos en un trozo de papel encerado.

(1) Aguiet, *These del Doctorat.*—Paris, 1903.

4.º Dos compresas de algodón y gasa hidrófilos de 0^m,10 de largo por 0^m,07 de ancho, constituidas por una capa de algodón de 5 gramos de peso, entre dos hojas de gasa.

5.º Una venda de gasa de 0^m,07 de ancho por 5 metros de largo.

6.º Un pañuelo de lienzo de algodón, en forma de triángulo rectángulo y de 0^m,80 cada uno de los dos catetos.

El aparcado y repuesto de estos paquetes se hará en cajas de madera de pino, bien limpias, de forma rectangular, de 0^m,55 de largo, 0^m,42 de ancho y 0^m,40 de alto (interiores), machiembrañas, con la tapa sujeta por tornillos y con forro interior, toda la caja, de chapa delgada de zinc soldada. Cada caja contendrá 500 paquetes.

Madrid 19 de Agosto de 1903. — Martítegui».

VARIETADES

El Ministerio de la Guerra de Alemania ha dispuesto se utilicen en las próximas maniobras, para su ensayo, las conservas de carne Lauer-Ruping, que ya habían sido experimentadas en la marina de guerra y en la mercante. Estas conservas están envueltas con una capa de grasa mineral, sin sabor ni olor, cuya temperatura de fusión es mayor de 70º centígrados, y con una segunda protección compuesta de una membrana gelatinosa, de color de chocolate, muy semejante á las cápsulas de sopa de Maggis. Esta doble capa protectora preserva á la carne de los ataques de las bacterias que existen en el aire y de las que se producen por la descomposición de aquélla. Es de presumir que la carne, provista de dichas envueltas, esté ya salada, ó salada y ahumada, con lo cual parece protegida de las bacterias que se pudieran posar sobre su superficie antes de recubrirla con grasa. Las dos expresadas capas de grasa y de gelatina impiden también que la carne se seque.

* * *

CONSEJO DE SANIDAD.—En la primera sesión celebrada por el nuevo Consejo de Sanidad se tomaron los siguientes acuerdos:

1.º Que se encargue la Comisión permanente del Real Consejo de redactar el Reglamento interior para el orden de sus trabajos, según previene el artículo 14 de la Instrucción.

2.º Que se encargue asimismo de dictaminar acerca de las condiciones de oposición y ascenso de los funcionarios de la Sanidad central, á que se refiere el párrafo último del artículo 15 de la Instrucción general.

3.º Que la Sección de Aguas minerales redacte con urgencia el programa de oposiciones para Médicos habilitados de baños, con arreglo á lo que disponen los artículos 165 y 166 de la Instrucción.

4.º Que la Sección de Higiene municipal y provincial redacte, con la posible urgencia, el Reglamento del servicio de higiene de la prostitución general.

5.º Que se encargue la Comisión permanente de la formación de tarifas de emolumentos de los Inspectores municipales y provinciales, con arreglo á los artículos 196 y siguientes hasta el 202 inclusive de la Instrucción general.

6.º Designar á los Sres. Consejeros Guzmán, Fernández Caro y Carracido para que, en unión de los Vocales que nombre el Instituto de Reformas sociales, y bajo la presidencia del Sr. Vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, redacten el Reglamento de higiene de fábricas y talleres, á que se refiere el artículo 220 de la Instrucción.

7.º Designar á los Consejeros Sres. Puerta, Villa y García Izcara para que, en unión de otros dos Consejeros de Agricultura y un Vocal de la Asociación general de Ganaderos, bajo la presidencia del Sr. Vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, redacten un Reglamento comprendiendo las disposiciones relativas á estadísticas é higiene de ganados y animales domésticos, de que habla el artículo 221 de la Instrucción.

8.º Proponer al Sr. Ministro de Gracia y Justicia para ocupar la vacante que, por haber cesado en su cargo de Consejero, deja en la Junta general de Prisiones D. Nicolás Escolar, á D. Francisco Huertas Borrero, Vocal de este Real Consejo.

9.º Aprobar las plantillas definitivas de las dos Inspecciones generales de Sanidad, en las cuales se refunde la Secretaría del Real Consejo, en la forma y dentro del plazo preceptuados por el artículo 218 de la Instrucción.

* *

CONGRESOS CIENTÍFICOS.—El I *Congreso francés contra el alcoholismo*, se celebrará en París del 26 al 29 de Octubre en el Gran Anfiteatro de la Facultad de Medicina.

* *

Del 19 al 24 de Octubre se celebrará en París el *XVI Congreso francés de Cirugía*. Se discutirán dos asuntos:

1.º *Tumores del encéfalo*; ponente, Dr. Duret, de Lille.

2.º *Exclusión del intestino*; ponente, Dr. Hartmann, de París.

Las comunicaciones se dirigirán al Secretario general del Congreso, Dr. Luciano Picqué, 81, Rue Saint Lazare, París.

* *

La 75.ª reunión anual del *Congreso de Médicos y Naturalistas alemanes*, se celebrará en Cassel del 20 al 26 de Septiembre. Del 20 al 23 del

mismo mes, y en la misma población, se verificará la 7.^a reunión de la *Asociación médica alemana de templanza*.

*
**

La 7.^a reunión anual de la *Asociación francesa de urología*, se verificará en París del 22 al 24 de Octubre próximo. Se ha propuesto para la discusión el tema siguiente: «Cistitis rebeldes».

*
**

ACADEMIA DEL CUERPO MÉDICO MUNICIPAL DE BARCELONA.— *Concurso de premios*.—1.º Del Excmo. Sr. Dr. D. Joaquín Bonet Amigó.—Tema: *Etiología de la mortalidad en la urbe barcelonesa y manera de disminuirla*. Un premio de 500 pesetas y un accésit de 250 ídem.

2.º Del Ilmo. Sr. Dr. D. Luis Dolsa Ramón.—Tema: *Cartilla popular de higiene individual*. Premio: 500 pesetas.

3.º Premio Robert.—Tema: *Formas clínicas observadas en Barcelona «Febris melitensis»*. Premio: 500 pesetas.

4.º Del Dr. D. Pelegrín Giralt.—Tema: *Extracción y aprovechamiento de las basuras y materias fecales de Barcelona. Reformas que en este servicio reclama la higiene*. Premio: una medalla de oro.

5.º De la Academia.—Tema: *Orografía é hidrografía médicas de Barcelona*. Premio: una medalla de plata.

Para cada uno de estos premios, la Academia otorgará un diploma de Socio de mérito.

El Jurado podrá conceder cuantos accésits estime merecidos, consistentes en diploma de Socio de mérito.

Los trabajos, redactados en castellano, catalán, francés ó italiano, deberán ser originales, inéditos, escritos en letra clara, que no sea del autor, y remitidos sin firma antes del 31 de Octubre de 1903 al Secretario de la Academia (Carmen, 79, primero). El nombre del autor y señas irán en pliego cerrado, en el que se hará constar el título y lema del trabajo respectivo.

La Academia se reserva por un año la propiedad de los trabajos premiados y el derecho de publicarlos en la forma y tiempo que estime oportunos.

Los premios se adjudicarán en la sesión inaugural correspondiente, quemándose los pliegos de los que no hubieren merecido recompensa.

El Jurado lo compondrán, bajo la presidencia del Excmo. Sr. Alcalde constitucional, un representante de cada una de las siguientes Corporaciones: Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, Claustro de esta Facultad de Medicina, Ilustre Colegio de Médicos de esta ciudad y Academia del Cuerpo Médico Municipal.

*
**

Durante el mes de Agosto próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.120 defunciones, que arrojan un término medio diario de 36'129 y una proporción de 2'100 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1902 hubo 1.117 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 247, de menos de un año; 176 de uno á cuatro años; 72, de cinco á diez y nueve; 177, de veinte á treinta y nueve; 215, de cuarenta á cincuenta y nueve; 232, de sesenta en adelante, y uno sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: diarrea y enteritis (menores de dos años), 139; tuberculosis pulmonar, 112; meningitis simple, 89; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 65; neumonía y broncopneumonía, 59; enfermedades orgánicas del corazón, 46; fiebre tifoidea, 42; congestión y hemorragias cerebrales, 41; tumores cancerosos, 39; tuberculosis varias, 34; bronquitis aguda, 24; senectud, 22; viruela, 20; tífus exantemático, 19; meningitis tuberculosa, 16; bronquitis crónica, 15; sarampión, 7; escarlatina, 6; gripe, 6; reblandecimiento cerebral, 6; afecciones puerperales, 6; suicidios, 5; coqueluche, 3; difteria y crup, 3; debilidad congénita, 2; otras causas de defunción, 294.

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

Guía-resumen de legislación militar y sanitaria en particular, por *Antonio Moncada y Alvarez*, Médico mayor, Secretario de la Inspección de Castilla la Nueva y Extremadura.—Un tomo de más de 900 páginas. 20 pesetas.—Madrid. 1903.

Tratado teórico-práctico de las enfermedades de los ojos y de sus accesorios, por el *Excmo. é Ilmo. Sr. D. Cayetano del Toro y Quartiellers*.—Tercera edición. Dos tomos.—Cádiz. 1903.

Tratamiento de la cloroanemia por los enemas de sangre.—Comunicación presentada al XIV Congreso Internacional de Ciencias Médicas por el *Dr. D. Juan Manuel Mariani*.—Madrid. 1903.

Influencia de la prensa médica en el progreso de las ciencias militares.—Comunicación presentada al II Congreso Internacional de la prensa médica por el *Dr. D. Emilio Pérez Noguera*, del Cuerpo de Sanidad Militar.—Madrid. 1903. (Dos ejemplares).

La Correspondencia Médica.—Periódico de medicina, cirugía, higiene, legislación sanitaria y ciencias auxiliares, que se publica cuatro veces al mes, bajo la dirección de *D. Emilio Pérez Noguera*.—Madrid. 1903.

Blessure mortelle de l'abdomen, par coup de feu à blanc.—Par *M. Bonnette*, Médecin-major de deuxième classe.—Paris. 1902.

Boletín del Instituto patológico.—Publicación mensual, dirigida por el *Dr. Manuel Toussaint*.—México. 1903.

Profilaxis del aborto con la medicación hipodérmica tónico-reconstituyente.—Tema presentado al IV Congreso de ginecología y obstetricia por *D. Francisco Vidal Solares*.—Barcelona. 1902. (Dos ejemplares).

Aforismos sobre puericultura é higiene de la primera infancia.—Consejos á las madres, por el *Dr. D. Francisco Vidal Solares*.—Barcelona. 1903. (Dos ejemplares).