

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO VII. MADRID 15 DE ABRIL DE 1893. NÚM. 140.

Un caso clínico del Hospital Militar de Madrid. (1)

(Conclusión.)

La operación se llevó á cabo en una pequeña habitación que pudimos hacer se mantuviera á unos 20° centígrados. Después de los lavatorios antisépticos que son de rigor, de afeitar la región y de forrar al enfermo las piernas y el pecho con algodón en rama, para evitar un enfriamiento, se cubrió el vientre con una hoja de franela desinfectada y caliente, en la que dimos un corte en la línea media, y se procedió á la cloroformización, que no ofreció nada de particular.

La cavidad abdominal fué abierta por la línea media, desde un centímetro por debajo del ombligo á tres por encima de la sínfisis pubiana, teniendo el cuidado de hacer una hemostasia perfecta antes de incidir el peritoneo parietal. Una vez incindi-do éste y el gran omento, fué preciso hacer salir la mayor parte del intestino delgado, cuyas asas, distendidas por los gases, tenían el diámetro del intestino grueso, é imposibilitaban toda maniobra. A medida que iban saliendo se cubrían con hojas de franela desinfectada y caliente. Una vez desembarazada en gran parte la cavidad abdominal, nos fué fácil, sirviéndonos de guía el mismo intestino distendido, encontrar el sitio y causa de la oclusión. Una porción de intestino, que despues vimos era de unos doce centímetros de longitud, se encontraba fuertemente aglutinada con el peritoneo parietal de la pared anterior del vientre, y con el que cubre la fosa iliaca derecha. Hicimos un ligero tanteo con suaves tracciones para medir la fuerza de estas adherencias, y nos convencimos de que el sitio donde éstas eran más resistentes correspondía á la parte más interna de la aglutinación. En el peritoneo de la pared anterior, á poco más de dos traveses de dedo de la línea media, y en el repliegue que cubre al ligamento umbilico-vesical derecho, y casi al nivel del extremo inferior de la herida que habíamos practicado en la pared abdominal, existia aquella adherencia tan fuerte, que sólo el

(1) Véase el número anterior de esta REVISTA.

corte de un instrumento podía prudencialmente vencer. No sin gran trabajo se pasaron dos ligaduras de catgut por entre el intestino y la citada pared, y con pequeños cortes de tijera logramos desprender aquella adherencia. Tratamos después de deshacer la extensa aglutinación del intestino con la fosa ilíaca, y con suaves movimientos circulares combinados con ligeras tracciones, lo logramos fácilmente. Todos los asistentes oyeron un ruido claro, indicando que las adherencias estaban vencidas. Se extrajo fuera de la cavidad abdominal aquella porción de intestino, y después de lavada, la examinamos despacio. Toda la cubierta peritoneal estaba desgarrada, principalmente en el sentido del eje intestinal, y una brida circular, de poco más de un centímetro, estrangulaba al intestino, á manera de anillo; fué rota aquélla con los dedos, y la huella del surco producido se marcaba perfectamente todavía. Esta fuerte brida, correspondiente á la parte más alta del intestino, pertenecía á la adherencia que necesitó desprenderse con la tijera, y por eso no se desgarró como otras que se desprendieron por tracción. Acto seguido, pasamos á examinar la parte más alta del intestino, correspondiente á esta porción, y la encontramos llena de materiales duros, que tuvimos que malaxar al través de las paredes del intestino, haciéndolos descender después por aquella otra porción tan traumatizada.

Convencidos del funcionalismo intestinal, procedimos á la limpieza de la cavidad empleando agua hervida bien templada, y una vez que ésta nos pareció suficiente, pasamos á la reducción del paquete intestinal, que necesitó, para completarse sin violencias, una punción con la aguja hueca de una jeringuilla de Pravaz, desinfectada á la llama de una lámpara de alcohol, dando salida á una gran cantidad de gases intestinales. Pasamos desde luego á suturar el vientre. En esta sutura tuvimos un contratiempo que ha influido no poco para prolongar algún tanto el proceso cicatricial, y del que nos ocupamos en las consideraciones finales. Para la sutura fuerte que tenía que abrazar todos los tejidos de la pared abdominal, dimos la preferencia á las crines desinfectadas, y, en efecto, pasamos ocho crines que dejamos sin anudar, y en los extremos de cada una de ellas colgando una pinza de Pean; practicamos entonces la sutura profunda peritoneal con catgut y á punto de pelotero, y una vez terminada ésta, procedimos á la operación de anudar las crines; pero contra lo que esperábamos, las crines estaban pasadas, y nos faltaron los ocho puntos; entonces con seda hicimos una sutura entrecortada á puntos próximos, tratando de interesar no sólo

la piel, sino los tejidos subyacentes. Se colocó una cura antiséptica de iodoformo, y un vendaje regularmente compresivo.

La operación había durado dos horas y media próximamente.

Antes de trasladar el enfermo á su cama, se le puso una inyección hipodérmica de cafeína, y se le hizo tomar un poco de vino generoso.

La cama se calentó previamente, colocándola en una pequeña habitación, y se nombró un servicio de guardia especial.

Como régimen se dispusieron caldos frios, vino generoso con agua carbónica y hielo; y como tratamiento en el caso de que se presentaran dolores, una poción de cloral opiado, y para el caso de que se debilitara el corazón, las inyecciones hipodérmicas de cafeína solas ó alternando con las de éter.

A las cuatro horas de operado empezó á mover el vientre en abundancia, haciendo durante la noche cinco deposiciones.

A la mañana siguiente el estado era satisfactorio, los dolores no habían tenido gran intensidad, había dormido á ratos, y la temperatura sólo presentaba cinco décimas sobre la normal; se añadió leche al régimen, y los caldos se vigorizaron con extracto de carne.

Las deposiciones al tercer día fueron bastante frecuentes; y para producir la antisepsia intestinal, se dispusieron los discos aconsejados por Bouchard de salicilato de bismuto y naftol.

Al quinto día, el estado del operado no podía ser más satisfactorio, y así continuamos hasta el séptimo; pero como el caso tenía que ser raro en todo, en la noche de este día se presentó una hemorragia por la herida. A la mañana siguiente, ó sea el 11 de Enero, le encontramos pálido, con el pulso débil, y las gruesas capas de algodón del vendaje empapadas en sangre. ¿De dónde provenía esta hemorragia? No podía ser más que de la herida de las paredes del vientre, pues de haber sido profunda hubiera muerto el operado con el cuadro sincopal de las hemorragias internas. Procedimos, como era lógico, á quitar los puntos de la sutura superficial, á separar los coágulos y á buscar el vaso; pero no encontramos el sitio de donde salía la sangre, y la hemorragia parecía cohibida. ¿Habrá sido un angioma agudo, que desapareció al extraer los coágulos? Se desinfectó el canal de la herida y se procedió á suturarle de nuevo. Pasaron otros cinco días, en que todo había entrado en calma, y el 16 de Enero se presentó en la herida otra nueva hemorragia. Otra vez repetimos la maniobra anterior, y otra vez desgraciadamente no encontramos el origen de aquella complicación. Aquella herida extensa abierta en el vientre, y que no daba sangre á nuestra vista

y sí bajo el vendaje, parecía una boca entreabierta por una contractura histérica por la que la naturaleza se burlaba de nuestros esfuerzos. Esta vez no creímos prudente suturar por completo la herida, pues tuvimos el temor de que aunque la herida profunda estuviera perfectamente cicatrizada, y á pesar del gran poder que desde luego concedemos á la desinfección, en una herida tantas veces abierta, y que había estado tan bañada de sangre, pudiera desarrollarse algún proceso séptico que se propagara al peritoneo. Suturamos pues los extremos, reforzamos estas suturas con tiras de aglutinante que abrazaban circularmente la mitad anterior del abdómen, y en el centro dejamos como desagüe una mecha de gasa iodofórmica.

El 21 de Enero se presentó la tercera hemorragia, y nos pasó lo mismo que en las anteriores; pero esta vez tocamos los labios de la herida con una disolución de cloruro de zinc al 1 por 100, y dejamos la mecha de gasa empapada en esta disolución.

Desde aquella fecha no volvieron á presentarse las hemorragias, y empezó el trabajo lento de la cicatrización por segunda intención, que sin complicación alguna ha seguido hasta la fecha en que ha terminado por completo, dejando una extensa y fuerte cicatriz, por la que no hay temor de que pueda sobrevenir una hernia de la línea alba. El operado está hoy fuerte, se ha nutrido, y las deposiciones las hace con perfecta normalidad.

De la marcha de la herida de la herniotomía no nos hemos ocupado, pues no ofreció fenómeno alguno particular, y no hemos querido abusar más de la paciencia de nuestros lectores con detalles inútiles y poco interesantes.

A continuación nos permitiremos algunas ligeras observaciones.

¿Qué valor científico puede darse á la relación de nuestro enfermo en cuanto á la fecha en que esta hernia hizo su primera aparición?... Ninguno. De dos maneras puede verificarse el mecanismo de toda hernia: en el primero, que es el más frecuente, dos factores son necesarios; un punto de menor resistencia en el continente y cierto grado de tensión en el contenido; en el segundo, otros dos factores son tambien necesarios; una solución de continuidad en el continente, y una causa que obrando primero de fuera adentro establece una adherencia con el contenido, y al retraerse determina la hernia. Estúdiense el mecanismo de la hernia en el vientre, cerebro, ojos, pulmón, etc., y se verá que todas las hernias pueden reducirse á estos dos tipos.

Nuestro enfermo nos dice que el 23 de Diciembre no había hecho esfuerzo de ningún género, que no había tenido accesos de tos, y que estando en la puerta del cuartel, tranquilo, y esperando la orden de salir, se vió súbitamente atacado del dolor violento de vientre. Así, podemos asegurar que nadie se ha herñado.

Pero dejemos á un lado estas razones de orden especulativo, y pasemos al terreno clínico. Toda hernia que se presente de un modo brusco, está expuesta á la estrangulación, y en ese caso se observan siempre dos cosas: lo primero, un anillo estrangulador; y lo segundo, abundante serosidad en el saco por las dificultades que encuentra la circulación venosa para vencer el anillo constrictor. Precisamente, ni lo uno ni lo otro observamos en nuestro operado.

Nosotros, por el contrario, al abrir el saco encontramos la adherencia del testículo al intestino, carácter que desde Hunter es patognomónico de las hernias inguinales externas y congénitas, y además los síntomas de la peritonitis herniaria con atascamiento desenvueltos en hernias antiguas. En efecto, estas complicaciones necesitan algún tiempo de evolución para su desarrollo; una disposición congénita del anillo, un esfuerzo productor de la hernia, formación lenta y gradual de las adherencias al testículo, y bridas en forma de anillo que estrechan en parte la luz del intestino en algunos puntos; si entonces se detienen materiales sólidos en este asa, y no vencen pronto sus variados recodos, el atascamiento se presenta acompañado de peritonitis, y de continuar, emigraciones microbianas del intestino irán al saco, donde se determinará el absceso gangrenoso estercoráceo. De esta manera es como puedo darme cuenta de las alteraciones encontradas.

Pero además de las razones de orden científico que aquí pudieran indicarse para no dar crédito á lo que nuestro operado dice, hay otras de orden social que estamos cansados de ver los médicos militares, tanto en los reconocimientos de quintas como en la incorporación de los reclutas á sus respectivos regimientos; y es el de presentarse individuos con hernias, sin que ellos hubieran sospechado que tenían dicho padecimiento. Y si por último consideramos que este sujeto es músico y toca un instrumento de viento, se verá que la profesión es la más abonada para adquirir esta clase de defectos.

Con respecto á las adherencias peritoneales que motivaron la segunda operación, la explicación del mecanismo de su producción es fácil de comprender. Un asa intestinal cuya capa peritoneal

está inflamada y cubierta de numerosos desgarros y seccionada su expansión mesentérica, y que tiene por necesidad que ponerse en contacto con un recodo de esta misma serosa en la cavidad abdominal, lo más lógico es que determine una peritonitis parcial adhesiva, tanto por la propagación de esta inflamación á otra porción de esta misma membrana, cuanto por contacto inmediato, dado el concepto microbiano que hoy preside á la inflamación.

Estos estados de oclusión interna consecutivos á una operación de hernia, han sido considerados por los tratadistas como resultado casi siempre de no haberse desbridado el anillo del saco herniario. Y este es el gran error; pues se presentan lo mismo en los procesos de verdadera estrangulación que en los de peritonitis adhesiva, resultado de un atasco; y de no ser así, ¡cómo hubiera estado el intestino desde la tarde del 22 de Diciembre á la del 3 de Enero!.. Cuando la laparatomía no había entrado en la práctica corriente de las operaciones quirúrgicas, y la oclusión intestinal, fuera debida á lo que fuere, no tenía más tratamiento que los agentes farmacológicos, se sabía muy poco de la anatomía patológica de estas oclusiones; pero desde el momento en que el médico dejó de pedir al preparado farmacéutico lo que éste no puede darle, y abrió el vientre, y se estudió la anatomía patológica y el mecanismo de estos procesos, se ha visto que gran número de estas oclusiones eran debidas á peritonitis adhesivas, fueran ó no consecutivas á operaciones de hernia; por eso concedo á las frases de Tillaux: «La peritonitis crónica da sorpresas diariamente en la clínica,» una gran importancia, y creo podría añadirse: que muchas subagudas dan las mismas sorpresas.

Sabemos de un caso análogo perteneciente á la clínica de un reputadísimo profesor, en el que no sé por qué causa no pudo practicarse la laparatomía; pero en el que la autopsia demostró unas adherencias análogas del intestino con el peritoneo parietal de la fosa iliaca.

De las hemorragias sólo diremos que tuvieron que ser dependientes de algún ramito de la epigástrica, ó tal vez de algún vaso de nueva formación; pero sí abrigamos la firme convicción de que si la sutura de crines hubiera cerrado convenientemente el canal de la herida, la hemorragia no se hubiera presentado, y el proceso cicatricial de primera intención hubiera sido sumamente breve. De todos modos, parece haberse confirmado una vez más la acción hemostática del cloruro de zinc.

Sería una ingratitud en mí, si al terminar este pequeño trabajo no dedicara un recuerdo de gratitud á los queridos compañeros que me ayudaron en estas operaciones, Sres. Pellicer, Lapresa, Sanz, Salinas, Fábregas y Augustí, así como al dignísimo Director de este Hospital, D. José Madera, al Jefe de Servicios, Sr. Jerez, y á nuestro buen amigo el Comisario de Guerra señor Ronderos, que me facilitaron cuantos medios creí oportunos para salvar la vida á nuestro pobre soldado enfermo.

E. REINA Y MARTÍNEZ,

Médico mayor.

El tratamiento antiséptico de las heridas

El *British medical Journal* ha publicado una lección clínica dada por el Doctor Lister, acerca de este interesante tema, al ocuparse de los satisfactorios resultados conseguidos en un operado por fractura de la rótula viciosamente consolidada.

La conferencia del ilustre cirujano inglés no se presta á un examen ligero ni puede resumirse en conclusiones: los múltiples é interesantes detalles de práctica operatoria que contiene y el minucioso estudio que en ella hace de la antisepsia y de los más seguros antisépticos, no pueden condensarse en breves frases; razón por la cual transcribimos íntegra la traducción de este notable trabajo, que aparece en el último número del *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

«Me propongo hacer algunas consideraciones acerca de los medios que adoptamos y los principios á que nos sujetamos para conseguir constantemente la asepsia de las heridas quirúrgicas. Dos son los objetos que perseguimos: primero, evitar durante la operación la entrada en la herida de sustancias capaces de producir en ella trastornos sépticos; y segundo, curar la herida de tal modo que se prevengan ulteriores accidentes sépticos.

Los recientes progresos de la ciencia nos proporcionan el medio de simplificar los procedimientos de curación á que hace referencia el primer punto. Cuando por primera vez traté esta cuestión, sabíamos que en la mayor parte de las heridas sobrevienen supuraciones pútridas, y era natural suponer que las heridas constituían un terreno á propósito para el desarrollo de organismos sépticos. Sabíamos también, gracias á las experiencias de Pasteur, que el aire de cualquier lugar habitado contiene multitud de microbios de distintas especies, y por más que no los

podíamos diferenciar, no era posible negar que uno de estos microbios fuera causa de los accidentes que en la herida sobrevienen. En la actualidad sabemos que las cosas ocurren de distinto modo, en virtud de dos órdenes de circunstancias. Sabemos, en primer lugar, que el suero de la sangre no es terreno favorable al desarrollo de las bacterias, aunque éstas sean numerosas, con tal de que se hallen atenuadas. En efecto; si con las precauciones antisépticas se coloca sangre de caballo ó de buey en botellas perfectamente limpias, herméticamente cerradas y mantenidas en la estufa á la temperatura del cuerpo humano, la sangre permanece inalterable, pero bastará el contacto de una aguja previamente mojada en sangre en putrefacción para que la sangre sometida á la experiencia se halle infecta y putrefacta al cabo de veinticuatro horas. Ahora bien; si en vez de mojar la aguja en sangre podrida, sin previa preparación alguna, se lava antes con agua esterilizada para diseminar las bacterias y limpiarlas, separando de ellas sus productos, la gota de esta sangre diluída contendrá gran número de bacterias, pero transcurrirá mucho tiempo sin que llegue á propagar la putrefacción. La substancia pútrida bruta, si así puede llamarse, produce inevitablemente la putrefacción, en tanto que lavada y ampliamente diseminada es incapaz de determinarla.

Hay, además, un segundo hecho más importante todavía; á saber, que el cuerpo vivo posee la propiedad de defenderse contra los microbios introducidos en él, gracias, sobre todo, á la fagocitosis descubierta por Metchnikoff; de modo, que si los microbios invasores no son muy numerosos, son destruídos por las células migratrices. La ciencia moderna nos ha descubierto las dos verdades siguientes: que el suero normal no constituye terreno apropiado para el desarrollo de los microbios atenuados; y que las bacterias introducidas en los tejidos son aniquiladas por la fagocitosis cuando no están muy concentradas.

Resulta de esto, que los microbios que contiene el aire son inofensivos para las heridas, y que deja de ser temible el contacto del polvo contenido en la atmósfera. Podemos, pues, prescindir de las irrigaciones, bajo la forma de spray ó bajo cualquier otro medio, y las operaciones se pueden practicar como antiguamente: lo que se debe procurar es impedir la introducción en las heridas, durante el acto operatorio, de formas groseras de semillas sépticas, tales, por ejemplo, como las que puedan llevar las esponjas sucias, los instrumentos mal cuidados, nuestras manos ó la piel del operado. Debe ser objeto de preferente atención cuanto rodea el campo operatorio; por eso cubrimos con compre-

sas empapadas en una solución antiséptica las inmediaciones del sitio en que vamos á operar, y estamos seguros de que cualquiera que sea el objeto que toquemos, no lleva consigo un peligro de contaminación de la herida.

El mejor modo de limpiar las esponjas, etc., consiste en el lavado con la solución de ácido fénico, porque si bien éste fué, al parecer, destronado por el sublimado corrosivo, gracias á las afirmaciones de Koch se ha visto que eran exageradas las propiedades germinicidas que al sublimado se concedieron, y que éste es inferior á la solución fenicada para su aplicación á la cirugía. Constituye, por otra parte, una feliz circunstancia el hecho de que los organismos, cuyos esporos son más resistentes, no invaden el campo operatorio. El bacilo del heno, por ejemplo, que se desarrolla al cabo de algún tiempo; en una infusión de heno no produce trastorno alguno, aunque se ponga en contacto con la herida ó se introduzca en ella.

Otro tanto ocurre con el bacilo del carbunco, cuyos esporos son muy resistentes; si adoptamos la precaución de tratar con un antiséptico enérgico el catgut que vamos á emplear, morirán los esporos que pudieran existir en el intestino del animal contaminado, y el catgut resultará perfectamente inofensivo. Los microbios que debemos mirar como enemigos en el campo de la cirugía, son casi exclusivamente micrococos sin esporos. Algunos de entre estos son más resistentes que la generalidad: el *staphilococcus pyogenes aureus*, causa ordinaria de la supuración, es muy resistente; pero se ha visto que las soluciones de ácido fénico que se emplean en cirugía destruyen este organismo mucho más rápidamente que el bicloruro de mercurio (1).

TRAD. POR A. QUINTANA.

(Continuará.)

PRENSA Y SOCIEDADES MEDICAS

Hernia inguinal reductible.—Cura radical.—Los curanderos de la Turquía asiática emplean el siguiente procedimiento: Después de purgado el enfermo, se le hace tomar un baño y se le afeita la región en que se va á operar; se procede entonces á la reducción de la hernia, y colocado al sujeto en decúbito dorsal y con las piernas dobladas, se practican sobre el pubis, al nivel del orificio externo del

1 Behring. *Ueber Desinfection*, etc., *Zeitschrift für Hygiene*, vol. II, 1892, pág. 417.

anillo inguinal, varias escarificaciones perpendiculares entre si con un escarificador de resorte. Hecho esto, se coloca en el centro de la zona escarificada un garbanzo mojado envuelto en dos ó tres hojas de remolacha; se aplica después una venda ligeramente apretada, y en los días sucesivos se aumenta gradualmente la compresión que ejerce la venda. El garbanzo se introduce poco á poco en los tejidos, y á los veinte ó treinta días llega al pubis y desvia hacia fuera ó hacia dentro el cordón inguinal; se extrae entonces el garbanzo, y se procura la cicatrización de la herida. M. Omer Chefki, alumno de la Escuela de Medicina Militar de Lyon, ha dado á conocer este procedimiento, y asegura que los resultados remotos son excelentes, y que son muy raros los accidentes inflamatorios.

(Lyon med.)

* * *

Excipientes no irritantes.—En la sesión celebrada el día 8 de Febrero último por la *Société de Therapeutique*, dijo el Dr. Hallopeau que desde hace mucho tiempo se sabe que el aceite y la glicerina tienen la propiedad de atenuar la acción irritante del ácido fénico, propiedad de que carece la vaselina, y que sus recientes experimentos le han demostrado que aquellas sustancias ejercen la misma acción respecto al ácido tártrico. Las fricciones de vaselina con veinte por ciento de este medicamento van seguidas de vivo escozor, y, en cambio, es nula la acción local cuando se emplea como excipiente el aceite ó la glicerina. Según el Dr. Vigier, tanto el sublimado como el ioduro de sodio y la atropina, asociados á la glicerina, son perfectamente tolerados por la piel, y no pasan á la orina aunque las fricciones se hayan practicado en una grande extensión.

(Bull. gen. de Therap.)

* * *

Tracoma.—Expresión conjuntival.—En un trabajo del Dr. Knapp, publicado por los *Archives fur Augenheilkunde*, se demuestra que los diversos cáusticos empleados contra las granulaciones no curan éstas quemándolas, sino provocando una irritación y un aflujo de elementos nutritivos que las absorben; siendo el fin terapéutico detener el proceso y eliminar los productos morbosos comprometiendo lo menos posible los tejidos sanos, el raspado de la conjuntiva, tal como hoy se recomienda, debe desecharse, porque lleva consigo una violencia injustificada y peligrosa.

La compresión de los folículos ha sido aconsejada por diversos autores, principalmente por Hoty y Noyes, el último de los cuales emplea dos pinzas terminadas por placas dentadas unidas en ángulo recto al eje del instrumento.

Con objeto de defender todo lo posible las partes sanas, Knapp ha hecho construir una pinza especial basada en el principio á que respon-

den los rodillos para cilindrar las telas. Hállase constituida por una fuerte pinza ordinaria, cuyas ramas terminan en forma de herradura, para sustentar en los extremos unos cilindros de acero de 20 á 25 milímetros de longitud por 1 á 1,5 milímetros de diámetro, que giran con facilidad sobre su eje.

Se invierte el párpado superior, se sujeta entre los dientes de una pinza de fijación al nivel del borde superior del tarso, y se le separa del ojo; una de las ramas de la pinza se introduce profundamente entre la conjuntiva esclerótica y la conjuntiva palpebral, y la otra se aplica sobre la superficie mucosa invertida; se aprieta luego la pinza con más ó menos fuerza, y se atrae hacia fuera magullando toda la masa infiltrada que encuentra á su paso. Sin inconveniente alguno puede repetirse el magullamiento dos y tres veces en la misma sesión.

Para el párpado inferior se coloca una de las ramas en la superficie conjuntival del párpado, y la otra se aplica sobre la superficie cutánea del mismo. Proyécese una ligera hemorragia y alguna tumefacción conjuntival, que exigen lociones de ácido bórico al 2 por 100 ó de sublimado al 1 por 5.000.

(*Recueil d' Opht.*)

* * *

Espustos tuberculosos.—Desinfección.—Aunque la infección tuberculosa por la piel puede conceptuarse rarísima, todavía se encuentran en la literatura médica algunos casos de tuberculosis general ó ganglionar, desarrollada á consecuencia de heridas que han estado accidentalmente en contacto con materias infectantes. Además, resulta de las investigaciones de K. Stoll que los bacilos de la tuberculosis se mantienen vivos y virulentos en los espustos desecados aun al cabo de tres años, razón por la cual aconsejó el citado profesor el uso de escupideras de cartón, que hubieran de quemarse diariamente con los espustos; pero estas escupideras son repugnantes á los enfermos, y por otra parte, resultan costosas; no es mucho mejor el consejo de adoptar en la práctica escupideras improvisadas con papel de periódicos, porque, sobre ser muy sucias, no se pueden transportar con la facilidad debida.

Prausnitz recomendó la lana de madera bajo la forma de discos que se colocan en el fondo de las escupideras, y que se han de quemar tan pronto como estén impregnados por los espustos; pero con esto no se evita la desinfección del receptáculo, en el cual quedan siempre rastros ó huellas de los materiales espuídos.

Kirdsner propone como el medio más racional y sencillo para desinfectar los espustos, la exposición de las escupideras á una corriente de vapor producida en determinado aparato, que viene á estar constituido por una estufa ordinaria de Koch con abertura lateral, y provista interiormente de dos planos horizontales perforados, en que se colocan las escupideras. Para evitar la rotura de éstas, que alcanzó pequeña proporción en los experimentos realizados al efecto en el hospital militar de Münster y Würzburg, aconseja Kirdsner el empleo de escupideras de

crystal puro sin coloración y privado de burbujas de aire; introducir aquéllas en el aparato antes de que éste sea calentado, y no sacarlas hasta después de su completo enfriamiento.

(*Zeitschrift f. Hygiene*).

Tuberculosis.—Thiosinamina.—La thiosinamina es un producto químico de composición constante, cristalino, soluble en el alcohol y en el éter. Su inyección produce una reacción en los tejidos tuberculosos sin que se produzcan síntomas generales. En el lupus su acción es muy favorable, las úlceras se cubren y las vegetaciones tuberculosas desaparecen. En el tejido cicatricial, particularmente en los casos de deformación por contractura, los resultados son extraordinarios. La cicatriz se reblandece, cede, y la función queda restablecida.

En el infarto crónico de los ganglios linfáticos, los resultados de la inyección son igualmente satisfactorios. En un caso de adenitis sifilitica, ésta no cedió del todo. En la mayor parte, la inyección produjo una diuresis copiosa, pero sin que se encontrara en la orina albúmina ni otro producto patológico.

Algunos casos de opacidad de la córnea de larga fecha fueron también curados por estas inyecciones que, al parecer, aumentan siempre de una manera enorme la función absorbente de los linfáticos. La inyección aumenta el apetito, y los pacientes engordan.

Se emplea en solución alcohólica el 15 por 100. Esta se filtra para librarla de toda impureza, y se inyecta en cantidad de dos a cuatro gotas, dos veces cada semana, cuya dosis no produce más efecto general que el que produciría una inyección de agua pura. Debe observarse la regla de que cuanto más extensa sea la zona enferma, tanto más pequeña debe ser la dosis; si se trata de una moderada cantidad de tejido enfermo, debe empezarse por una cantidad pequeña y aumentarla gradualmente. La mayor dosis administrada ha sido la de unas 30 gotas. Si se suspende la medicación durante dos ó tres semanas, cuando ya la reacción local no se produce, y se empieza de nuevo, vuelve ésta á presentarse como si no se hubiera administrado previamente. Las inyecciones se hacen, generalmente, en el tejido muscular de los hombros. Unna alaba extraordinariamente esta droga, considerándola como un verdadero específico de la tuberculosis localizada, y un poderoso resolutivo del tejido cicatricial. Si resultan ciertos siquiera una pequeña parte de los efectos que se atribuyen á la thiosinamina, resultará una verdadera adquisición para la terapéutica.

La alta reputación científica de Unna sería prenda segura de su brillante porvenir, si decepciones muy recientes no aconsejaran la mayor reserva con respecto á preparados de tan elevadas pretensiones.

(*Mon. f. Prakt. Derm. y Rev. de cienc. méd. de Barcelona*.)

Profilaxis de la sífilis.—Agua oxigenada.—Un colega polaco—el Dr. Z. Krowczynski, médico jefe del servicio de las afecciones sífilíticas y cutáneas del hospital de Lemberg (Galitzia)—ha llevado á cabo una serie de experimentos muy interesantes, los cuales permiten suponer que las lociones practicadas con agua oxigenada, ligeramente acidulada, pueden constituir un excelente preservativo contra la infección sífilítica y la infección chanerosa.

Los experimentos de nuestro colega han consistido en practicar—en sífilíticos y en sujetos portadores de chancros blandos—unas inoculaciones con pus chaneroso, unas veces puro, otras mezclado, en un cristal de reloj, con una cierta cantidad del liquido siguiente:

Solución de peróxido de hidrógeno á 3 por 100.. 100 gramos.

Ácido clorhídrico,..... 0,50 »

El Sr. Krowczynski ha escogido para estos experimentos el peróxido de hidrógeno, por ser una sustancia que, dotada de poderosas propiedades bactericidas, se halla al mismo tiempo desprovista de toda acción cáustica. Ha juzgado oportuno agregar á él una pequeña cantidad de ácido clorhídrico, esperando aumentar de este modo la acción destructiva del liquido *vis-á-vis* del virus de la sífilis y del chanero blando, pues sus investigaciones le han demostrado que los productos de secreción de los chancros blandos y de las sífilides son siempre de reacción alcalina. Añadiendo al pus del chanero blando agua oxigenada acidulada, ha observado siempre una efervescencia muy marcada de la mezcla.

Las inoculaciones han sido practicadas en el antebrazo, sobre pequeñas superficies de piel, finamente escarificadas con el bisturí. Antes de la escarificación la región era cuidadosamente lavada con jabón, luego desinfectada con una solución de ácido fénico á 3 por 100, y, por último, enjugada.

Los resultados de estos experimentos han sido bastante satisfactorios. Las quince inoculaciones practicadas con pus chaneroso puro han dado un resultado positivo; es decir, que al tercer día después de la inoculación se vieron aparecer unas pequeñas vesículas de contenido purulento, rodeadas de una zona inflamatoria, que se desarrollaron como chancros blandos típicos. En cambio, sobre quince inoculaciones practicadas con pus mezclado de agua oxigenada acidulada, el resultado ha sido, catorce veces, absolutamente negativo; una sola inoculación, en un sujeto atacado de manifestaciones tardías de la sífilis, dió lugar á la formación de una úlcera que, sin embargo, no ofrecía el aspecto del chanero blando, y no apareció hasta el sexto día después de la inoculación.

Por último, el Sr. Krowczynski ha podido practicar en dos colegas que no habian tenido nunca sífilis y se habian prestado generosamente para estos experimentos, inoculaciones de virus sífilítico previamente mezclado con la misma solución de peróxido de hidrógeno acidulado. Estas inoculaciones han sido hechas en una parte previamente escarificada del antebrazo, en uno de los colegas con el producto de secreción de un chanero sífilítico, y, en el otro, con el de una placa mucosa; las partes

inoculadas fueron dejadas al descubierto hasta su desecación completa. luego se aplicó á ellas un apósito algodonado, que permaneció en su sitio durante el espacio de tres días. En ambos casos, el resultado de la inoculación fué absolutamente negativo.

Bien que los hechos observados por el Sr. Krowczinski—como él mismo, por otra parte, lo declara—disten aún de ser concluyentes en razón al pequeño número de experimentos practicados hasta hoy, sobre todo en lo que concierne á las inoculaciones de virus sífilítico, hemos creído, con todo, necesario hablar de ello con algunos detalles. En efecto, la cuestión de que aquí se trata es de una importancia práctica capital. Si alguna vez se llegase á suprimir el peligro de la infección sífilítica ó chancrosa por medio de lavados con agua oxigenada ó con otro liquido cualquiera, practicados inmediatamente después de un coito sospechoso, es evidente que esto constituiría un progreso considerable realizado en la profilaxis de las enfermedades venéreas.

Es indudable que la solución de peróxido de hidrógeno debe ser tanto más activa cuanto más concentrada sea. El Sr. Krowczinski se ha servido de una solución relativamente débil, á 3 por 100, porque le ha sido imposible procurarse otra más fuerte.

(Sem. médic)



FÓRMULAS

194

Bromoformo.....	3 á 10 gotas.
Goma tragacanto en polvo.....	2 gramos.
Jarabe simple.....	2 »
Agua destilada.....	15 »

M. conserv. en la oscuridad y agítese al usarlo.

Para tomar dos ó tres veces al día, ajustando las dosis á la edad del paciente.

En la **coqueluche**.

(Burton Fanning).

195

Ergotina.....	1 gramo.
Extracto de haba del Calabar.....	2 decigramos.
Extracto de genciana.....	c. s.

M. y h. s. a. diez píldoras. Para tomar de una á diez, según la tolerancia del enfermo.

En los fenómenos de **congestión cerebral** dependientes de arterioesclerosis.

(Giovanni).

Cáscara sagrada.....	2 gramos.
Podoflino.....	3 decigramos.
Jabón medicinal.....	4 »

M. y h. s. a. veinte píldoras. Para tomar una ó dos al tiempo de acostarse, durante el primer mes, y en noches alternas durante el segundo y siguientes.

En el estreñimiento.

(Mauglano).

V A R I E D A D E S

Leemos en *El Siglo Médico*:

«A TONTAS Y Á LOCAS.—En uno de los últimos números del periódico silvelista *El Tiempo* ha visto la luz un articulejo de encargo intitulado *En busca de economías*, en el que, á vueltas de no pocas inexactitudes referentes al Instituto de Vacunación del Estado, se injuria gravemente á los médicos militares del Instituto militar de Vacunación, diciendo que se reparten amigablemente unos cuantos céntimos que quedan sobrantes después de la compra de terneras, material, etc. El hecho es totalmente inexacto. Lo único en que convenimos con el articulista, ó mejor con el que ha inspirado á éste, es en que no se concibe la razón de que el Instituto de Vacunación del Estado no suministre al Ejército la vacuna que éste necesita. Por lo demás—créanos el articulista—estas cosas conviene conocerlas bien antes de ponerse á escribir sobre ellas.»

Las injurias graves contenidas en el articulejo de encargo á que alude nuestro apreciable colega *El Siglo Médico*, no merecen, por la forma misma en que se han lanzado, que las tome en consideración un Cuerpo que está muy por encima del articulista en cuestión y de quien quiera que sea el que á éste haya inspirado. Lo único que procede en tal caso es que los individuos que resultan directamente injuriados reclamen por la vía judicial la reparación del agravio, y aun esto, más para escarmiento del que ofendió que para satisfacción de los ofendidos.

En cuanto á la apreciación en que coinciden el redactor de *El Siglo Médico* y el que á tontas y á locas colabora en *El Tiempo*, sólo se nos ocurre decir que carece en absoluto de fundamento. Se concibe, hasta cierto punto, que en países poco ilustrados en que el Estado tenga que convertirse en industrial para suplir iniciativas individuales ó colectivas, se centralice, en favor del Estado mismo, la especulación ó el servicio que no supieron desarrollar los particulares, desconociendo sus propios intereses; pero habiendo en España, por fortuna, tantos y tan buenos Institutos de Vacunación, creados por la iniciativa particular, y significando un verdadero progreso la multiplicación de esos como de todos los Institutos de carácter higiénico, lo que no se concibe es la razón de que subsista el Instituto de Vacunación del Estado, y de que para

justificarlo se apele á combatir la creaci3n de nuevos centros vacun3genos como el establecido hace un a3o para el servicio del Ej3rcito.

* * *

Al entrar en prensa este n3mero se da por seguro el ascenso á M3dicos mayores de todos los M3dicos primeros que tienen efectividad del a3o 1875. La resoluci3n, como inspirada en el Real decreto de 27 de Agosto 3ltimo (C. L. n3m. 282), no puede ser m3s justa y equitativa; mas como se asegura tambi3n que tales ascensos no producir3n vacantes ni en los empleos ni en los destinos de plantilla, pudiera muy bien suceder que muchas de las esperanzas cifradas en dicha resoluci3n queden desvanecidas tan luego como se conozca el texto oficial de la misma.

* * *

Con sentimiento tenemos que anunciar á nuestros lectores que el 22 del pasado mes falleci3o repentinamente en Sevilla el Farmac3utico primero del Cuerpo Sr. Alberich y Marti.

D. JAIME ALBERICH Y MARTÍ figur3o como soldado voluntario y Farmac3utico auxiliar en el ej3rcito de Cuba desde 1874 hasta Julio de 1880 en que tuvo ingreso en el Cuerpo, previos los ejercicios de oposici3n, que tuvieron lugar en la Habana.

Regresado á la Península en Febrero de 1886, y ascendido á Farmac3utico primero en 1887, ha prestado servicio sucesivamente desde entonces en los hospitales militares de Palma, Barcelona y Melilla y en la Farmacia militar de Sevilla.

¡Descanse en paz nuestro querido y malogrado compa3ero!

Publicaciones recibidas, cuya remisi3n agradecemos á sus autores 3 editores:

Nuevo formulario enciclop3dico de Medicina, Farmacia y Veterinaria, por *D. Mariano P. M. Minguez*. J. Seix, editor, Barcelona. Cuadernos 99 y 100.

El Reducto, peri3dico de intereses militares, que ve la luz p3blica en Madrid.

Anales de la Real Academia de Ciencias m3dicas, f3sicas y naturales de la Habana, revista cientificas dirigida por *D. Jos3 I. Torralbas* y *D. Marcos de J. Melero*.

Consideraciones sobre dos casos de anemia por ankilostoma duodenal, por el *Dr. J. B. Agnoli*. Lima, 1893.

Discursos leidos en la sesi3n celebrada por la Sociedad Espa3ola de Hidrologia M3dica, para conmemorar el XVI aniversario de su fundaci3n, por *D. Manuel Manzaneque* y *D. Hip3lito Rodr3guez Prilla*, Madrid, 1893.