

EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN LOS HOSPITALES MILITARES

Es la sífilis la única infección que teniendo curso lento y requiriendo un tratamiento prolongado, se trata en los hospitales militares sin que sea por sí motivo de inutilidad ni siquiera de licencias temporales.

Buena prueba de ello es ver que de 8.463 sífilíticos asistidos en los hospitales militares durante los años 1891-98, sólo 46 fueron declarados inútiles, es decir, un 5'43 por 1.000; y en cuanto á licencias temporales deben ser escasas las que por tal enfermedad se concendan, pues no merecen el figurar entre las que se citan en los cuadros estadísticos publicados.

La cifra absoluta de sífilíticos asistidos demuestra no es tan escaso su número, aunque me inclino á creerlo más restringido, á pesar de la exactitud de las cifras apuntadas. Prescindiendo de años extremos, como el de 1891, en el que sólo hubo un 6'11 por 1.000 de asistidos, y del 1893, en que esta cifra se elevó á un 23'07 por 1.000, el término medio viene á ser de unos 11 por 1.000 asistidos anualmente.

Sin embargo, creo que una *desarticulación* de la estadística serviría para disminuir estas cifras, demostrando cómo el número real de sífilíticos es menor que el de asistidos.

Y en tanto, que quien puede hacerlo con datos copiosísimos, que en los registros de hospitales y en filiaciones sanitarias pueden encontrarse, intentaré solamente llamar la atención sobre este

asunto, que bien lo merece por las consecuencias que podremos deducir.

Quien hojeara un registro de entradas y salidas de hospitales militares, fijándose en los diagnósticos, duración de la enfermedad y nombre de los enfermos, sacaría, respecto de la sífilis, dos deducciones bien peregrinas:

- 1.^a Que la sífilis era enfermedad de curso relativamente rápido.
- 2.^a Que era una infección en la que, á semejanza de la erisipela, las recidivas eran frecuentes.

Y como su larga duración, el prolongadísimo tratamiento que requiere y la inmunidad que confiere un primer ataque son otros tantos dogmas de sifiliografía, es preciso ver por qué esa aparente contradicción y qué consecuencias acarrea ese por qué.

Si un individuo sale *curado* de su sífilis y al mes ó dos meses de estar en el cuartel se nos presenta á reconocimiento con manifestaciones secundarias de sífilis, cosa que continuamente estamos viendo en los cuartos de reconocimiento, es sencillamente porque desde que ingresó por primera vez en el hospital no ha dejado de ser sífilítico. Y enfermo he visto yo que, no dos, tres y cuatro temporadas ha pasado en el hospital, separadas por varios intervalos, en los que prestaba su servicio en el cuartel. Y como estos individuos los hemos visto en gran número todos los Médicos que prestamos servicio en los Cuerpos, de aquí el que comenzara este artículo diciendo que una *desarticulación* de la estadística nos demostraría palpablemente cómo era menor el número de soldados sífilíticos que el de asistidos en los hospitales militares.

No obstante la aparente simplicidad que el conocimiento de los medicamentos específicos da al tratamiento de esta enfermedad, es algo más complicado de lo que pudiera creerse, y en esa engañosa seguridad de saber curar la sífilis con sólo dar mercurio primero, yoduro potásico después, está la causa de las muchas manifestaciones terciarias y para-sifilíticas que aparecen cuando el enfermo apenas recuerda padeció tal enfermedad.

Junto con la medicación específica proclaman todos los sifilió-

grafos la necesidad de una vida higiénica, aire libre, alimentación, nada de fatigas, etc., que es en muchas ocasiones, y por mejor decir, en todas, cooperadora indispensable á la curación del sifilítico. Y acordes están, del mismo modo, los tratadistas en señalar larga duración, de años, al tratamiento, y no corto el primer período, en el que es más necesaria la cooperación de la higiene y más indispensable un severo régimen medicamentoso.

En los hospitales militares, ni en el ejército, es imposible tratar la sífilis con arreglo á las indicaciones esbozadas ligeramente en las anteriores líneas.

No aparecen sin intermitencias las diversas manifestaciones sintomáticas de esta enfermedad, sino que entre unas y otras quedan lapsos de tiempo en los que el paciente debe estar sometido á un régimen y tratamiento adecuado. Y estimándose como regla por la generalidad de los autores que durante el *primer año* de tratamiento ha de existir un período de siete meses de medicación, combinados con cinco de descanso, y todos ellos de excelente régimen higiénico, dígasenos si esto puede ni debe hacerse en un hospital militar.

Al fin y al cabo no estamos con la sífilis en el mismo caso que con la tuberculosis; en éste cabe decir: ha tenido siempre la vida militar participación en la existencia ó marcha del proceso tuberculoso, y es de justicia hacer algo más que eliminar rápidamente á los diagnosticados; en la sífilis no. Hacer que el sifilítico pase su vida militar en el hospital, es imposible y no debe ni pensarse en ello.

Pero al mismo tiempo hay que tener en cuenta dos hechos á cual más importantes: Primero. Que en el cuartel no puede continuarse el tratamiento, porque ni la vida del soldado es la recomendada al sifilítico, ni siquiera sería fácil obligar á éste á un tratamiento medicamentoso. Basta recordar lo difícil que es obligar á un soldado determinada cura si no va acompañada de un rebaje de servicio. Segundo. Que la permanencia de un sifilítico en un cuartel es peligrosa para sus compañeros, á los que puede contagiar fácilmente. Tengo recogida la observación de un cabo que

contrajo un chancro labial á consecuencia del uso de una pipa perteneciente á un sargento sifilítico. Podrá objetarse á esto que en los intervalos, en los que no se presentan manifestaciones sintomáticas de la sífilis, no ofrecen estos enfermos tantos riesgos de contagio; pero ni esto es verdad, ni tampoco podríamos hacerles pasar al hospital en el mismo instante en que apareciere la primera placa bucal ni la más ligera mancha de la piel.

Es decir, que tenemos de un lado al enfermo mal tratado y expuesto á un curso menos benigno de su enfermedad, y de otra parte un peligro constante de contagio. A propósito de la nefasta influencia de la vida militar en el curso y ulterior evolución de la sífilis, citaré el hecho de un cabo, el aludido anteriormente, que en una de las mejorías de su enfermedad, y hallándose destacado en un fuerte, salió con su compañía de paseo militar. Lo penoso de éste y una regular mojadura por un aguacero que durante él sufrieron, fueron causas determinantes de una manifestación de sífilis espinal que, comenzando por una mielitis aguda, continuó con evolución al estado de cronicidad, con fenómenos paralítico-espasmódicos de las extremidades inferiores y trastornos de los esfínteres, principalmente vesicales, que dieron un pronóstico sombrío á su enfermedad. Hé ahí en un solo caso reunidos los dos peligros que la permanencia de sifilíticos en los cuarteles, inevitable hoy en día, trae consigo.

Hay que optar, por lo tanto, entre tenerlos continuamente en los hospitales, causando gran número de estancias, ó devolverlos á los Cuerpos, de los que hay que reenviarlos bien pronto á los hospitales, resultando, al fin y á la postre, soldados poco útiles á la nación y extraordinariamente caros.

Y en dar á todos los sifilíticos por inútiles no hay que pensar siquiera, ni es enfermedad que justamente pueda reputarse como causa de inutilidad, ni sería moral por ningún concepto. Recordemos los dedos cortados para eximirse del servicio y, en nuestro tiempo, la tifa, sembrada, ó por lo menos no curada hasta los veinticinco años.

La solución de este problema no hay que buscarla tampoco en la desaparición total de la sífilis en el ejército. Podría disminuirse el número de sífilíticos, qué duda cabe, aplicando algunas, ó, mejor, todas las reglas profilácticas, que no he pensado en exponer siquiera, pues este trabajo se titula *sobre el tratamiento* y no sobre la profilaxis; pero aun aplicando todos los remedios posibles, creo que la extinción total de la sífilis sería imposible, y en mayor ó menor número siempre tendríamos enfermos á quienes tratar.

Lo que sí se impone es dar una mayor flexibilidad al cuadro de exenciones por inutilidad física dentro del ejército, porque hoy día el Médico militar se encuentra frente á enfermos de esta y de otra naturaleza, pero de cronicidad relativa en su dolencia, con estas dos únicas salidas: ó la permanencia en el hospital, seguida á lo más de una licencia trimestral por enfermo, ó la exclusión total del servicio de las armas. Y la verdad, paréceme no sería difícil establecer entre estos dos términos extremos algunos intermedios que les sirvieran de enlace y á los que pudiera acogerse el Médico militar, tanto en estos casos como en otros muchos, paludismos que empiezan á ser crónicos, tuberculosis incipientes, etc.

Qué términos fueran éstos y cómo debieran emplearse en cada caso, no he de decirlo en este artículo, lo dejo para ulterior labor; sólo he querido llamar la atención acerca de lo que con el tratamiento de los sífilíticos ocurre hoy día necesariamente y de los dañosos resultados que el actual estado de cosas traen consigo para el individuo, para la colectividad y para el Estado.

FEDERICO G. DELEITO,

Médico segundo.

Prensa y Sociedades médicas

Tratamiento de las heridas del abdomen en campaña. — Este asunto ha sido objeto de una comunicación del Dr. Ch. Roberts, que

ha hecho la campaña del Sur de Africa, á la *British Medical Association*. Mencionaremos los puntos más interesantes de este trabajo.

Tres factores componen el tratamiento de las heridas del abdomen: la naturaleza de la herida, las indicaciones de la intervención y el conocimiento de las probabilidades de los éxitos operatorios en estos casos de la cirugía de guerra.

Cuando la herida ha sido causada por una bala de pequeño calibre (Mälisser ó Lee-Metford), animada de una gran velocidad, la extensión de las lesiones viscerales depende poco de la distancia á que se ha hecho el disparo, salvo en los casos complicados con lesiones óseas. A gran distancia, cuando la velocidad es mucho menor, y en los rebotes, el proyectil puede quedar detenido en el cuerpo; entonces las lesiones internas pueden extenderse lejos, y no es fácil descubrirlas de ordinario. Si existe un orificio de entrada y otro de salida, el trayecto es siempre el de una línea recta que une estos dos puntos, y las nociones anatómicas nos permitirán presumir qué víscera es la interesada. Las heridas transversales son más peligrosas que las antero-posteriores, y las supra-umbilicales son menos graves que las infra-umbilicales. Los disparos antero-posteriores en la región del intestino delgado son de pronóstico muy sombrío, y lo mismo ocurre con los que perforan el abdomen transversalmente por encima del ombligo.

La región del intestino delgado puede estar atravesada por una bala de pequeño calibre sin que quede perforada esta víscera; así resulta de las autopsias y de las observaciones hechas en el curso de las laparotomías.

En la obra *Portland Hospital en el Sud-Africain*, Mr. Chætle cita un caso notable desde este punto de vista. Se trataba de un individuo en el cual se observaban dos perforaciones del ciego y de la corvadura sigmoidea del colon, y no se encontró lesión alguna del intestino delgado, á pesar de que la bala había atravesado la región ocupada por este intestino.

Mr. Makins, en su libro titulado *Surgical experiences in South Africa*, relata una operación en el curso de la cual se descubrieron en el yeyuno dos hendiduras lineares que no interesaban más que las tunicas peritoneal y muscular.

El mismo autor notó en otros casos equimosis lineares y heridas limitadas á las tunicas serosa y muscular al lado de perforaciones completas. Se inclina á creer que en muchos casos de curación el intestino no ha sido lesionado, por el hecho frecuente de que en estos casos se han presentado pocos síntomas abdominales; sin embargo, es difícil admitir que pueda ocurrir así en todos los casos, porque algunas veces se observa un shock intenso, vómitos frecuentes durante dos ó tres días, aumento de temperatura, dolor y contracciones abdominales, síntomas todos que parecen revelar un shock consecutivo á la perforación y una ligera infección local. El examen *post-mortem* del caso de Mr. Chætle, ya citado, demostró que no se había producido extravasación de materias fecales por

la perforación cecal. Algunas veces la presencia de melena afirma el diagnóstico de perforación; es probable que ésta pueda curar ó cerrarse por el acoplamiento de asas intestinales vecinas, en el espacio de algunas horas.

Estudiemos ahora desde el punto de vista de la práctica civil los casos que reclaman intervención. Podemos prescindir de los heridos que mueren en las primeras veinticuatro horas á consecuencia de una hemorragia intra-peritoneal ó del shock, resultado de graves lesiones viscerales y que, por consiguiente, escapan á la acción del Cirujano. Su número es siempre considerable, próximamente del 20 al 30 por 100.

Cuando la hemorragia intra-peritoneal, por su crecimiento rápido, amenaza la existencia, y el estado general del enfermo y las condiciones del medio lo permiten, es preciso siempre hacer la laparotomía y cohibir la hemorragia, que procede, ya de una desgarradura de los vasos del epiplón ó del mesenterio, ya de una rotura del hígado ó del bazo. Pero, desgraciadamente, demasiado á menudo nos encontramos en presencia de lesiones viscerales muy extensas, y el pronóstico es sombrío. Las heridas del hígado, del riñón y del bazo curan generalmente, y cuando la hemorragia no es peligrosa no reclaman tratamiento operatorio, á no ser que se presenten complicaciones secundarias, tales como fistula biliar, hidronefrosis ó absceso perinefrítico. La laparotomía puede estar indicada cuando hay perforación estomacal ó intestinal.

Si excluimos los heridos que mueren en las primeras veinticuatro horas, tenemos derecho á considerar que el 60 por 100 de las heridas penetrantes del abdomen, accesibles al tratamiento quirúrgico, llegan á curarse.

Es preciso confesar, sin embargo, que las curaciones se observan particularmente cuando la región del intestino delgado no está interesada. Con frecuencia las dificultades de la exploración impiden saber con certeza si existe ó no perforación; pero del mismo modo que no se podrá recurrir sistemáticamente á la laparotomía en todos los casos, pueden existir signos suficientemente ciertos para afirmar que hay perforación, tales como el shock, la rapidez del pulso, la contractura abdominal y, sobre todo, la persistencia de los vómitos y la falta de emisión de gases por el ano.

En tales circunstancias, la operación no debe diferirse; las perforaciones se suturan, ó bien se reseca la porción intestinal atacada. La intervención suministra sus mejores resultados cuando el traumatismo está localizado, cuando el paciente es atendido por el Cirujano en las seis horas inmediatas á la herida y, en fin, cuando el transporte ha sido fácil.

Si la bala está retenida en el abdomen, ó si el trayecto es transversal, el pronóstico es mucho más grave.

En campaña todas estas condiciones se modifican, y se puede decir que los resultados de la laparotomía son pésimos. En la guerra hispano-americana, refiere Senn que todos los heridos operados de

que tiene conocimiento han muerto. En el Tirah, de ocho casos de heridas abdominales penetrantes, cinco fueron operados y los cinco murieron. En la guerra anglo-boer, el autor no ha observado la curación más que en dos laparotomías por heridas del intestino delgado. Durante la campaña de Filipinas, el Dr. Robinson cita cinco operaciones y cinco muertos. Estos tristes resultados deben atribuirse á diversas causas: gravedad de los traumatismos, largo espacio de tiempo consagrado á la traslación del herido, dificultades de esta traslación, malas condiciones del medio; tales son los factores que hacen impracticables las intervenciones sobre el abdomen en la mayor parte de los casos de la cirugía de guerra.

Para terminar, Mr. Roberts formula las siguientes conclusiones: «El hospital de campaña no reúne las condiciones necesarias para la ejecución de las laparotomías. Algunos heridos con lesiones abdominales penetrantes curan sin intervención, y en cuanto á los otros, á los que sucumben, la naturaleza de su herida era tal, que la muerte debía ser su consecuencia, independientemente de las condiciones de la operación; en estos casos, una laparotomía exploradora es un nuevo peligro que se suma al que ya corre el herido. Cuando, por el contrario, se presentan condiciones favorables á la intervención, análogas á las que existen generalmente en la práctica civil, la laparotomía está indicada siempre que la hemorragia intra-peritoneal constituya un peligro para la existencia, y siempre que existan síntomas evidentes de perforación estomacal ó intestinal».

(*Le Caducée*).

*
*
*

La cloroformización en los cardíacos.—*Huchard* estudió, fundado en más de 300 observaciones, la cloroformización en los cardíacos. La considera como mucho menos peligrosa de lo que se ha creído.

La cloroformización debe hacerse, no bruscamente, sino á pequeñas dosis, progresivas, método que permite evitar el síncope laríngeo y el síncope tóxico.

Hay que tener á mano el nitrato de amilo, útil en caso de síncope. La anestesia debe ser completa en absoluto antes de empezar la operación.

En los casos de muerte, con frecuencia se incrimina el cloroformo ó el estado anterior del enfermo, una cardiopatía latente. Pero, en realidad, el cloroformo generalmente es bueno, y las cardiopatías latentes no son una contraindicación. El estado general es la causa de la muerte; así, en un caso por razón de una endocarditis infecciosa aguda sobrevenida en el curso de una gonococia, es por lo que sobrevino la muerte. La habilidad y la atención del cloroformizador tienen también mucha importancia.

Berger confirma las observaciones de *Huchard*. Para evitar los accidentes es necesario que desde el principio la cloroformización

se haga sin incidente; entonces todo irá bien, con la condición de que el encargado de ella esté muy atento. Precisa sobre todo no traspasar el límite de la anestesia en los cardíacos, pues los medios empleados en los individuos ordinarios, como las tracciones de la lengua y la respiración artificial, son en ellos insuficientes.

Bucquoy refiere una serie de observaciones fundadas en su larga experiencia personal. Nunca ha tenido accidentes mortales en los cardíacos sometidos al cloroformo. La mayoría de las muertes por el cloroformo sobrevienen en individuos que no tienen ninguna afección cardíaca. La existencia de una cardiopatía no es, pues, una contraindicación para la cloroformización.

Sin embargo, los cardíacos, sobre todo los que tienen una lesión aórtica ó el corazón graso, tienen que temer el cloroformo un poco más que los otros. La anestesia debe vigilarse todavía más que en los individuos sanos. Las afecciones del corazón derecho parece que con respecto á este punto no ofrecen más peligros que las afecciones del corazón izquierdo.

Chauvel acepta en absoluto las conclusiones de Huchard sobre las indicaciones y la manera de administrar el cloroformo en los cardíacos. En cambio, no cree ni en la ventaja ni en la habilidad de los cloroformizadores de profesión.

Le Dentu se manifiesta algo menos optimista. Ha visto síncope mortales, aun con lesiones del corazón silenciosas. Recuerda el papel de la miocarditis en algunas muertes por el cloroformo. El éter, ciertamente, en estos casos es menos peligroso, determina á veces congestiones pulmonares, pero éstas raramente son graves; se observan también con el cloroformo. El mecanismo de los síncope anestésicos todavía es mal conocido. Unos incriminan el corazón, otros los pulmones; otros hacen intervenir como causa el corazón y los pulmones.

Le Dentu, por su parte, ha visto, las más de las veces, que la respiración se detenía antes que el pulso; sin embargo, también ha observado lo contrario. Por esto cree que la vigilancia no debe ejercerse en un solo punto, sino en la respiración y en la pupila; ésta se estrecha gradualmente á medida que la cloroformización va avanzando, y en tanto que las cosas suceden así no hay peligro; pero cuando se dilata de nuevo, sobre todo si lo hace bruscamente ó de una manera considerable, se aproxima el síncope.

Championnière ha visto muchos cardíacos que soportaban fácilmente el cloroformo. Cree que éste, si el jefe de visita se toma la pena de enseñar á los alumnos la técnica necesaria, puede administrarse muy bien sin asistencia especial. En los países en que se emplean especialistas, el cloroformo se da con una brutalidad que no se conoce en Francia, y la cifra de muertes por anestesia es más considerable. La calidad del cloroformo es capital; se mata con mucha más frecuencia á los enfermos con cloroformo impuro que con un producto de buena calidad. Para evitar los defectos de este medicamento hay un medio seguro y sencillo, la destilación; ésta se

hace fácilmente en la misma visita. En la ciudad, el cloroformo casi siempre es bueno. Cree que los pulmonares son mucho más peligrosos que los cardíacos desde el punto de vista del cloroformo. A esta categoría pertenecen los enfermos en que ha visto accidentes, fuera conocida ó no la afección pulmonar. En cuanto al éter, después de haberlo ensayado, Championnière lo ha abandonado decididamente. El éter, como anestésico, es un hipócrita; evita la muerte en la mesa de operaciones, pero mata después y con más frecuencia que el cloroformo.

Richelot, como Huchard, hace sus reservas con motivo de la cloroformización en ciertos cardíacos, en los enfermos de sínfisis del pericardio ó de lesión aórtica, por ejemplo. Cree como él que la mayor parte de responsabilidad en los accidentes incumbe al que da el cloroformo y no al cloroformo mismo. La anestesia mixta por el bromuro de etilo, que dado al principio entorpece la mucosa pituitaria é impide el síncope reflejo, y el cloroformo, es muy buena. Pero hay que suspender el bromuro de etilo desde que aparece un ligero embarazo en la lengua y cierto entorpecimiento.

Guyon cree que, á pesar de algunos accidentes, en los cardíacos el cloroformo es preferible á otros anestésicos. Debe empezarse por pequeñas dosis, inhaladas solamente por la boca, antes de llegar á dosis más fuertes.

Brouardel comunica los resultados que ha observado en 24 autopsias de individuos muertos por el cloroformo. En un caso había una embolia pulmonar procedente de una flebitis; en otro caso un corazón grande y una hipertrofia del timo. En otras 23 personas no había lesión cardíaca notable; algunas veces, sin embargo, el corazón estaba en degeneración grasosa. En cuatro casos había congestión pulmonar intensa. El resultado de las autopsias viene en apoyo de las proposiciones formuladas por Huchard; en ningún caso fué posible incriminar exclusivamente el estado del corazón para explicar la muerte por el cloroformo.

La edad de los individuos es muy variable: se han observado jóvenes y viejos; las enfermedades por las que se ha intervenido son muy distintas. La muerte ha sobrevenido, ora antes del acto operatorio, ora al final de la operación. Con frecuencia se han observado lesiones renales: atrofia de la capa cortical, riñón tuberculoso, etc. Sin embargo, el cloroformo puede darse sin peligro á los eclámpicos.

Prunier defiende la pureza del cloroformo de los hospitales y señala los esfuerzos hechos para proporcionar un producto irreprochable. Más adelante el cloroformo de los hospitales estará contenido en botellas envueltas en papel negro, cerradas con parafina y resguardadas del aire y de la luz.

Panas considera el reflejo glótico como la causa principal de la muerte por el cloroformo. La anestesia en los cardíacos, en general se soporta bien. Los únicos individuos que realmente corren peligro y necesitan vigilancia redoblada al principio de la anestesia son

los nerviosos con reflejos intensivos, fáciles de producirse y también de prolongarse durante un tiempo más ó menos largo. En ellos es necesario, por decirlo así, destilar gota á gota la administración del cloroformo, y suspenderla frecuentemente hasta que el ritmo respiratorio vuelva á adquirir su regularidad perfecta. Esto indudablemente hace perder mucho tiempo, pero se llega al final sin riesgo de provocar el reflejo inhibitorio del corazón. No cree en la utilidad de los cloroformistas especiales.

Poncet cree que el cloroformo ofrece siempre cierto peligro y que debe temerse, particularmente en los cardíacos. La dosis manejable, además, es muy diversa según los individuos.

El éter no da lugar al síncope primitivo ó laríngeo-reflejo del principio, tan súbitamente mortal y relativamente frecuente con el cloroformo. La eterización simple, es decir, con el éter solo, es preferible á la anestesia mixta. Nada prueba, ni ninguna estadística confirma, que las complicaciones pulmonares post-operatorias: bronquitis, congestión, bronco-neumonía, edema del pulmón, etc., sean debidas á la acción irritante de los vapores etéreos. Las neumonías llamadas de eterización ó de cloroformización son, ante todo, fenómenos infectivos. Los accidentes pulmonares son, probablemente, tan frecuentes en los operados que no han sido anestesiados como en los que lo han sido.

No es exacto el decir que la mortalidad después de la narcosis por el éter, en los días que siguen á la operación, es la misma que la del cloroformo, que mata en la mesa de operaciones. Esta opinión está tanto menos justificada por cuanto los vapores de cloroformo, según demuestran sus propiedades físicas, son más irritantes que los de éter.

Las contraindicaciones, tomadas del estado del aparato respiratorio, son las mismas que eran antes. Como las cardiopatías y las aortitis, las lesiones pulmonares no se oponen en absoluto á la eterización en una operación larga y dolorosa, pero la anestesia, en estos casos especiales, reclama una vigilancia extrema.

Duret, que ha dedicado un importante trabajo á la muerte por el cloroformo, cree en la tolerancia ordinaria de los cardíacos para la anestesia. La degeneración grasosa parece que compromete más esta tolerancia que las lesiones valvulares.

Delorme cree que las afecciones pulmonares son más temibles que las afecciones cardíacas para la cloroformización. No solamente le parecen poco útiles los cloroformistas especiales, sino que á veces, en el campo, hace administrar el cloroformo por simples enfermeros, y esto sin accidente. Hay necesidades prácticas que deben tenerse en cuenta. Concede mucha importancia á la pureza del cloroformo y su comprobación química.

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

*
**

Herida del hígado. Taponamiento. Curación.— No es necesario

insistir en la gravedad de las heridas del hígado, pues, aparte de otras condiciones, la extrema vascularidad del órgano es motivo suficiente para hacer sombrío el pronóstico de sus lesiones traumáticas.

El siguiente caso, tratado por el Dr. Fortun, es en extremo interesante, y merece por lo tanto ser publicado.

A mediados del pasado mes de Julio fué herido, con arma blanca, en el vecino pueblo de Regla, Manuel Vento, individuo de raza blanca, de treinta años, jornalero.

La herida, de 4 centímetros de extensión, situada en el hipocondrio derecho, inmediatamente por debajo del reborde costal y un poco por fuera de la línea mamaria, fué suturada totalmente, y sobre ella, sin interposición de apósito alguno, se colocó una vejiga con hielo. Seis horas después del accidente ví al lesionado. Por los labios de la herida, á pesar de la sutura, fluía sangre al exterior; los síntomas de una hemorragia interna, copiosa, eran evidentes.

Anestesiado el paciente y desinfectada una extensa zona alrededor de la herida, quitamos los puntos y confirmamos lo que era indudable: la penetración del agente traumático en la cavidad abdominal. La sangre salía en cantidad abundante. La herida fué prolongada en dirección paralela al reborde costal y en una extensión de 10 á 12 centímetros. Abundantes coágulos fueron extraídos de la gran cavidad abdominal, pero el campo se cubría rápidamente de sangre, cuyo origen no podíamos ver. El hígado, exangüe casi, se había retraído hacia la bóveda diafragmática, haciéndose bastante difícil la exploración de su cara convexa, por la cual pasamos repetidas veces el dedo sin que notásemos solución de continuidad. Entonces metimos profundamente la mano derecha entre la superficie convexa del órgano y la bóveda diafragmática, hicimos bascular la víscera de manera que su cara convexa mirara hacia adelante y pudimos entonces ver una herida de unos 4 centímetros de extensión, situada en el lóbulo derecho, hacia el centro, distando unos 6 centímetros del borde libre. Esta herida profundizaba 6 centímetros.

De los dos medios que se aconsejan para cohibir las hemorragias parenquimatosas, sutura y taponamiento, optamos por este último, porque, si bien el ideal es la sutura, que permite una curación mucho más rápida, sabido es que la hemostasia puede no ser muy eficaz, y en este caso, en que la pérdida sanguínea había sido abundante, teníamos que recurrir al medio más seguro. Además se trataba de un traumatismo séptico, que era prudente mantener abierto.

Como un taponamiento simple podía acarrear nos dificultades ulteriores, por haberse perdido, como antes dijimos, el paralelismo de las soluciones tegumentaria y visceral, comenzamos pasando dos gruesos hilos de seda que, atravesando profundamente cada uno de los labios de la herida hepática, salía por la superficie del órgano á bastante distancia de la herida; esos hilos fueron luego pasados de la profundidad á la superficie de los tegumentos. Fijado de esta

manera el órgano y restablecida así la continuidad de la herida del hígado y la de los tegumentos, hicimos el taponamiento con gasa, suturando el resto de la herida; cuarenta y ocho horas más tarde quitamos el tapón, obligándonos una hemorragia abundante á renovarlo rápidamente. Transcurridas otras cuarenta y ocho horas, volvimos á retirar la gasa, y, como la vez anterior, la hemorragia se reprodujo. Entonces taponamos la gasa imbibida en una solución de gelatina al 5 por 100. Mantuvimos el taponamiento durante cuatro días, al cabo de los cuales retiramos la gasa, siendo absoluta la hemostasia. Al siguiente día quitamos todos los puntos, incluso los dos de fijación. La cicatrización siguió su marcha regular, curando por completo el enfermo á los treinta días de recibir el traumatismo.

(*Rev. de Med. y Cir. de la Habana*).

*
*
*

Adrenalina.—Publica el Dr. M. Gómez del Castillo el siguiente estudio sobre este nuevo é interesante medicamento:

Las investigaciones de Brown Squard, Olivier, Schafer, Pella-caña, Joa, Vincent, Cybulski, Bates, L. Dor., Darier, Swain, etc., han puesto fuera de toda duda el hecho de que el extracto de cápsulas suprarrenales posee propiedades vaso-constrictivas enérgicas; pero, á pesar de los trabajos de Abel y de Jurtls, el principio activo no se había separado en el estado de pureza cuando Takamine y Aldrichs, de New-York (en 1901), llegaron á separar la substancia cristalizabile y pura, la cual da al extracto de cápsulas suprarrenales su propiedad vaso-constrictivas; Takamine ha dado el nombre á esta substancia de Adrenalina, puesto que en el idioma inglés las cápsulas suprarrenales se denominan «Adrenals» (adrenals glands). La adrenalina se cristaliza en cinco tipos diferentes, según el procedimiento empleado en su preparación, siendo una substancia estable, fusible á 205° y volátil á 207°; es alcalina, poco soluble en el agua fría y soluble en el agua caliente; se disuelve muy bien en los ácidos y alcalinos, pero no se disuelve en el amoníaco ni en las soluciones de carbonatos alcalinos. El percloruro de hierro le da un color verde con tendencia á rojo con la sola adición de un alcalino. El nitrato de plata y el cloruro de oro quedan reducidos. No se obtiene precipitado ni por los ácidos pícrico, tártrico, fosfomolibdico ó fosfo-ungstico, ni por el bicloruro de mercurio, ni por el bicromato de potasa ó el cloruro de platino.

La alcalinidad de la adrenalina se puede expresar:

100 partes de adrenalina, 27 p. 38 SO⁴ H⁺.

Preparación.— Entre los procedimientos publicados por los autores, el que da más rendimientos es el siguiente:

Se toman las cápsulas sin despojarlas de la materia grasa que generalmente las acompaña, pues ésta es de mucha utilidad para que en la maceración, al fundirse, forme una capa en la parte supe-

rior que la libre de la oxidación del aire durante la acción del calor, pues la adrenalina se oxida con mucha facilidad por el oxígeno del aire, volviéndose inactiva y adquiriendo un color rosáceo y pasando después al rojo hasta llegar al matiz pardo.

Se dividen estas glándulas, con la grasa que las acompaña, en pequeñas porciones y se colocan en una cápsula en baño maría, y se agrega agua destilada hasta cubrirlas completamente; se hace ascender la temperatura entre 50° y 80°, agitando la mezcla y reponiendo el agua que se evapora por espacio de cinco ó seis horas; transcurrido este tiempo se hace que la temperatura llegue de 90° á 95° durante una hora, para que se coagulen las sustancias albuminoideas en la mayor proporción posible; y como el principio activo de las glándulas es muy propenso á la absorción del oxígeno, para formar compuestos inertes conviene mucho evitar el contacto del líquido con el aire, lo cual se consigue bastante con la fusión de la grasa que acompaña á dichas glándulas.

Pero nosotros creemos de más utilidad, aun procediendo como hemos dicho para evitar la oxidación de la adrenalina, el tomar las cápsulas bien desprovistas de la materia grasa, tritularlas completamente y colocarlas en un aparato para verificar la maceración en el vacío, operando en lo demás como llevamos dicho.

Después se cuela y exprime la masa que contiene el principio activo para agotar el residuo sólido; se digiere de nuevo durante muchas horas en el agua caliente, ligeramente acidulada con el clorhídrico ó el acético, para extraer las mínimas proporciones del principio activo que pudieran haber quedado.

Retirado este líquido de la masa y agregado al de la primera extracción, se separa primero la grasa y se evapora después el extracto en el vacío hasta la concentración conveniente. A este líquido concentrado se agrega dos ó tres veces su volumen de alcohol fuerte, que precipitará las materias inertes, orgánicas é inorgánicas, lavándolas con el alcohol para separar el principio activo que pudieran haber retenido. Los líquidos alcohólicos se evaporan de nuevo, á ser posible en el vaso, para recuperar el alcohol con la menor pérdida posible.

Al residuo de estas evaporaciones se le agrega amoníaco hasta reacción francamente alcalina, y se forma un precipitado amarillento, que es la adrenalina bruta bajo la forma básica. Este precipitado, que se separa por filtración, se lava y se deseca. De ordinario la adrenalina se precipita bajo la forma de conglomerados cristalinos en agujas, mezclados con materias colorantes y otras inorgánicas, especialmente fosfatos.

Pudiera precipitarse la adrenalina empleando en lugar de amoníaco el hidrato de potasa, pero no en exceso, porque la redisolvería.

Para purificarla se disuelve la adrenalina bruta en el ácido y se agrega cantidad suficiente de alcohol y éter; se produce un precipitado verde, compuesto de impurezas y materias colorantes, que

se separa por decantación y filtración. El líquido filtrado vuelve á tratarse por uno de los procedimientos de que hemos hablado anteriormente, y entonces resulta ya bajo la forma cristalina y blanca la adrenalina, que se lava y deseca de nuevo, sin perjuicio de repetir la operación si fuere necesario.

Acción terapéutica.—La adrenalina presta en la actualidad grandes servicios, no solamente á los especialistas de garganta, oído, oculistas, etc., sino que es también de gran porvenir en la patología interna, en cirugía y en otras especialidades.

La adrenalina produce una contracción tan enérgica de las arteriolas y vasitos capilares, que origina una isquemia local mucho más acentuada que la que produce la cocaína. Los vasos quedan sin sangre ó poco menos; las mucosas adquieren en seguida una palidez marmórea á su contacto, particularidad que se hace notable si instilamos alguna gota de la solución al 1 por 100 en el ojo, cuya conjuntiva se vuelve inmediatamente blanca, lo propio que la pituitaria ó la faringe, si en ellas damos tres ó cuatro pinceladas antes de operar como recurso de hemostasia preventiva.

Al interior aumenta la presión sanguínea, y además estimula el músculo cardíaco como la digital, con la ventaja de no acumularse. Se concibe que mis compañeros internistas puedan utilizarla en la enfermedad de Addison, en algunas cardiopatías, en las hemoptisis, hematemesis, hematurias, metrorragias, bocio exoftálmico, arterioesclerosis, asma, hemorroides, etc., etc.; y los oculistas la empleen en las conjuntivitis, keratitis, iritis, dacriosisitis agudas, en las operaciones en el conducto y saco lagrimal, lo propio que en las tenotomías, extracción de cataratas, etc., asociada á la cocaína ó previa la aplicación de ésta; lo propio que los cirujanos para las pequeñas operaciones en la uretra, vejiga, dedos, cuero cabelludo, etc., y los dentistas para evitar las hemorragias después de las extracciones.

(*El Rest. Farmc.*)

FÓRMULAS

434

Ioduro potásico.....	5 gramos.
Iodo.....	20 centigramos.
Vaselina.....) á 25 gramos.
Lanolina.....	

435

Iodoformo.	2 gramos.
Mentol.	1 »
Vaselina.	47 »

M. — Para fricciones ligeras.

En la **parotiditis**.

SECCION PROFESIONAL

RESIDENCIA

«Circular. —Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.) se ha servido autorizar á los Capitanes Generales de las regiones y distritos militares, para que puedan conceder el traslado de residencia, dentro del territorio de su mando, á los Jefes y Oficiales y sus asimilados en las situaciones de excedencia y reemplazo que lo soliciten, á menos de que se les hubiera fijado determinada localidad como residencia obligatoria. Tanto en este caso como en el de que el traslado implique cambio de región ó distrito, la petición será resuelta de Real orden. Es asimismo la voluntad de S. M. que los Capitanes Generales den conocimiento á este Ministerio, con fecha del día 1.º de cada mes, en relaciones nominales separadas por Armas y Cuerpos, del personal á que hayan concedido traslado de residencia durante el mes anterior.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 24 de Enero de 1903. —Linares. — Señor.....»

VARIEDADES

REAL ACADEMIA DE CIENCIAS EXACTAS, FÍSICAS Y NATURALES DE MADRID. — *Programa de premios para el concurso del año 1904.*

Artículo 1.º La Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales de Madrid, abre concurso público para adjudicar tres premios á los

autores de las Memorias que desempeñen satisfactoriamente, á juicio de la misma Corporación, los temas siguientes:

I.—«*Sucinta exposición de los principios fundamentales de la Nomenclatura, estrictamente necesarios para la composición y fácil inteligencia de un sistema de ábacos ó monogramas, desconocidos hasta ahora, y aplicables, con manifiesta ventaja sobre cualquier otro procedimiento, á la resolución de una serie de cuestiones, interesantes en teoría y de utilidad en la práctica, referentes á las ciencias físico-matemáticas*».

II.—«*Estudio de las máquinas dinamo-eléctricas de corriente alterna*».

Debe comprender: la teoría fundamental de los alternadores, su clasificación y la descripción de los principales tipos, la discusión sobre las condiciones que han de reunir para su agrupamiento y la manera de proyectar una de estas máquinas.

III.—«*Monografía de los minerales de hierro de España*».

El aspirante al premio no sólo ha de describir los minerales é indicar la procedencia y condiciones de los criaderos en que se encuentran, sino que señalará las aplicaciones que aquéllos tienen en las Artes y la Industria, y presentará, como justificantes de la obra, los ejemplares de menas, las preparaciones microscópicas, los datos de ensayos y análisis, las muestras de metal, etc., que juzgue pertinentes para la mejor y más completa inteligencia del trabajo.

2.º Los premios que se ofrecen y adjudicarán, conforme lo merezcan las Memorias presentadas, serán de tres clases: *premio* propiamente dicho, *accésit* y *mención honorífica*.

3.º El *premio* consistirá en un diploma especial en que conste su adjudicación; una medalla de oro, de 60 gramos de peso, exornada con el sello y lema de la Academia, que en sesión pública entregará el Sr. Presidente de la Corporación á quien le hubiere merecido y obtenido, ó á persona que le represente; retribución pecuniaria, al mismo autor ó concurrente premiado, de 1.500 pesetas; impresión, por cuenta de la Academia, en la Colección de sus Memorias, de la que hubiere sido laureada, y entrega, cuando esto se verifique, de 100 ejemplares al autor.

4.º El *premio* se adjudicará á las Memorias que no sólo se distinguen por su relevante mérito científico, sino también por el orden y método de exposición de materias y redacción bastante esmerada, para que desde luego pueda procederse á su publicación.

5.º El *accésit* consistirá en diploma y medalla iguales á los del premio, y adjudicados del mismo modo; y en la impresión de la Memoria, coleccionada con las de la Academia, y entrega de los mismos 100 ejemplares al autor.

6.º El *accésit* se adjudicará á las Memorias poco inferiores en mérito á las premiadas y que versen sobre los mismos temas, ó, á falta de término superior con que compararlas, á las que reúnan condiciones científicas y literarias aproximadas, á juicio de la Corporación, á las impuestas para la adjudicación ú obtención del premio.

7.º La *mención honorífica* se hará en un diploma especial, análogo á los de *premio* y *accésit*, que se entregará también en sesión pública al autor ó concurrente agraciado, ó á persona que le represente.

8.º La *mención honorífica* se hará de aquellas Memorias verdaderamente notables por algún concepto, pero que, por no estar exentas de lunares é imperfecciones, ni redactadas con el debido esmero y necesaria claridad para proceder inmediatamente á su publicación por cuenta y bajo la responsabilidad de la Academia, no se consideren dignas de *premio* ni de *accésit*.

9.º El concurso quedará abierto desde el día de la publicación de este programa en la *Gaceta de Madrid*, y cerrado en 31 de Diciembre de 1904, hasta cuyo día se recibirán en la Secretaría de la Academia, calle de Valverde, número 26, cuantas Memorias se presenten.

10. Podrán optar al concurso todos los que presenten Memorias que satisfagan á las condiciones aquí establecidas, sean nacionales ó extranjeros, excepto los individuos numerarios de esta Corporación.

11. Las Memorias habrán de estar escritas en castellano ó latín, de no expresarse, por la índole y fines del tema á que se refieran, que lo estén precisamente en castellano.

12. Las Memorias que se presenten optando al premio se entregarán en la Secretaría de la Academia dentro del plazo señalado en el anuncio de convocatoria al concurso, y en pliegos cerrados, sin firma ni indicación del nombre del autor, pero con un lema, perfectamente legible en el sobre ó cubierta, que sirva para diferenciarlas unas de otras. El mismo lema de la Memoria deberá ponerse en el sobre de otro pliego, también cerrado, dentro del cual constará el nombre del autor y las señas de su domicilio ó paradero.

13. De las Memorias y pliegos cerrados, el Secretario de la Academia dará, á las personas que los presenten y entreguen, un recibo en que consten el lema que los distingue y el número de su presentación.

14. Los pliegos señalados con los mismos lemas que las Memorias dignas de *premio* ó *accésit* se abrirán en la sesión en que se acuerde ó decida á otorgar á sus autores una ú otra distinción y recompensa, y el Sr. Presidente proclamará los nombres de los autores laureados en aquellos pliegos contenidos.

15. Los pliegos señalados con los mismos lemas que las Memorias dignas de *mención honorífica* no se abrirán hasta que sus autores, conformándose con la decisión de la Academia, concedan su beneplácito para ello. Para obtenerle se publicarán en la *Gaceta de Madrid* los lemas de las Memorias en este último concepto premiadas, y, en el improrrogable término de dos meses, los autores respectivos presentarán en Secretaría el recibo que de la misma dependencia obtuvieron como concurrentes al certamen y otorgarán por escrito la venia que se les pide para dar publicidad á sus nombres. Transcurridos los dos meses de plazo que para llenar esta formalidad se conceden, sin que nadie se dé por aludido, la Academia entenderá que los autores de aquellas Memorias renuncian á la honrosa distinción que legítimamente les corresponde.

16. Los pliegos que contengan los nombres de los autores no premiados, ni con *premio* propiamente dicho, ni con *accésit*, ni con *mención honorífica*, se quemarán en la misma sesión en que la absoluta falta de

mérito de las Memorias respectivas se hubiere decidido. Lo mismo se hará con los pliegos correspondientes á las Memorias agraciadas con *mención honorífica*, cuando, en los dos meses de que trata la regla anterior, los autores no hubieren concedido permiso para abrirlos.

17. Las Memorias originales, premiadas ó no premiadas, pertenecen á la Academia, y no se devolverán á sus autores. Lo que, por acuerdo especial de la Corporación, podrá devolverseles, con las formalidades necesarias, serán los comprobantes del asunto en aquellas Memorias tratado, como modelos de construcción, atlas ó dibujos complicados de reproducción difícil, colecciones de objetos naturales, etc. Presentando en Secretaría el resguardo que de la misma dependencia recibieron al depositar en ella sus trabajos como concurrentes al certamen, obtendrán permiso los autores para sacar una copia de las Memorias que respectivamente les correspondan.—Madrid 31 de Diciembre de 1902.—El Secretario, *Miguel Merino*.

*
**

CONGRESO INTERNACIONAL DE QUÍMICA.—Se celebrará en Berlín, durante la semana de Pentecostés, en el presente año. El Congreso se dividirá en once secciones:

Primera. Química analítica, aparatos é instrumentos. Segunda. Industria química de productos inorgánicos. Tercera. Metalurgia, minas y productos explosivos. Cuarta. Industria química de productos orgánicos. Subsección A. Preparaciones orgánicas, incluyendo los derivados de la hulla. Subsección B. Materias colorantes y sus aplicaciones. Quinta. Industria azucarera. Sexta. Industria de fermentaciones y fabricación de materias amiláceas. Séptima. Química agrícola. Octava. Química aplicada á la Higiene, á la Medicina y á la Farmacia; substancias alimenticias. Novena. Fotoquímica. Décima. Electroquímica y fisicoquímica. Undécima. Cuestiones sociales y legales relacionadas con la industria química.

*
**

Con el fin de evitar que las enfermedades epidémicas que se producen en la población civil se propaguen en el ejército por medio de los individuos que disfruten licencias ó permisos en localidades infestadas, el Ministro de la Guerra de Francia, en circular de 10 del actual, ordena á los Comandantes en Jefe de Cuerpo de ejército que por todos los medios que á su alcance tengan procuren enterarse de la duración y clase de las enfermedades contagiosas que aparezcan en las localidades dependientes de su jurisdicción, y tan pronto como tengan conocimiento de la existencia de una enfermedad de tal naturaleza, no concedan permisos para los puntos castigados por la epidemia durante la duración de ésta.

*
**

La gran mortalidad que hoy se observa en el ejército francés, es atribuida principalmente á la excesiva juventud de los soldados y á las con-

diciones poco higiénicas de los cuarteles. El General André ha confirmado esto mismo en el Senado, diciendo que tiene que reconocer con profunda pena que el número de defunciones por consecuencia de enfermedades es mucho mayor en el ejército de Francia que en el de Alemania, resultando que por cada soldado que fallece en Alemania mueren cuatro en Francia. Hay dos enfermedades que son las que producen mayores pérdidas: la tuberculosis y las fiebres tifoideas; en el año 1903, murieron en Francia 600 soldados del tífus, mientras que en Alemania sólo fallecieron 87 de la misma enfermedad; el citado año tuvo el ejército francés 1.415 bajas por tuberculosis, siendo así que en el alemán sólo ocurrieron 129, y finalmente, de otras enfermedades de los órganos respiratorios, fallecieron 390 soldados en Francia y en Alemania 197. El General André dijo que estaba resuelto á poner remedio á este mal, suprimiendo las guarniciones de las localidades cuyos vecinos y autoridades rehusasen tomar medidas en pro de la salud de las tropas.

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

Estudio higiénico del alumno de Artillería, por *D. Antonio Redondo y Flores*. Médico primero de Sanidad Militar, con destino en la Academia de Artillería.—Segovia, 1902. (Dos ejemplares).

Agenda médico-quirúrgica de bolsillo ó memorandum terapéutico, formulario moderno y diario de visita para 1903, bajo la dirección facultativa del *Dr. D. Gustavo Réboles y Campos*.—Madrid, Librería editorial de Bailly-Bailliére é hijos. Plaza de Santa Ana, número 10, 1903.

Tratado teórico práctico de medicina legal y toxicología, por el *Dr. D. Pedro Mata*.—Sexta edición, corregida y reformada, puesta al nivel de los conocimientos modernos, y arreglada á legislación vigente por *Eduardo Lozano Caparrós* y *Adriano Alonso Martínez*, Médicos forenses de Madrid.—Tomo primero.—Madrid, Librería editorial de Bailly-Bailliére é hijos. Plaza de Santa Ana, número 10.

Andalucía científica.—Revista de ciencias é industrias. Órgano de la Sociedad malagueña de ciencias físicas y naturales, dirigida por *D. Francisco Rivera y Valentín*.—Málaga, 1903.

Le pêle-mêle.—Semanao festivo parisién.—Edición española.—Enero de 1903.

Recuerdo apologético del maestro en Medicina Domingo Ros de Ursins, Archiatro de los Reyes de Aragón.—Discurso leído el día 18 de Octubre de 1902 en el Instituto Médico-valenciano, en el acto de la apertura del curso, por el socio *José Rodrigo Pertegás*.—Valencia, 1902.

Recuerdo apologético de D. Mariano Peset de la Rega.—Leído en la sesión celebrada en el Instituto Médico-valenciano, el año 1901, por *D. Vicente Gozálviz y Silvestre*.—Valencia, 1902.