

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVIII

Madrid 15 de Mayo de 1904

Número 406

## GIMNASIA RESPIRATORIA

Un mérito grande tienen los Médicos de nuestro Cuerpo, que es la constante labor realizada en favor de los individuos de tropa haciendo interesarse á los Jefes de regimiento en la práctica de importantísimos asuntos de higiene pública.

Yo, después de transcurridos bastantes años, tengo gusto en recordar el gran empeño que demostraba el Coronel D. José Macón (mandando el regimiento de Asia) por que los ranchos fuesen variados y compuestos de artículos de buena calidad para evitar padecimientos á los soldados, cumpliendo así con elementales reglas higiénicas que por deber yo le hacía presentes. Una cosa parecida observé en el Sr. Carrasco, cuando serví en el regimiento de Mallorca, pues fué bien notorio su entusiasmo por dar á la fuerza aquellos ranchos que, entre los que me mandó estudiar, resultaran con más valor nutritivo.

En otro orden de cosas, pero siempre dentro del vasto campo de la higiene, viene á mi memoria el juego de pelota, á que se dedicaban diariamente en el 8.º regimiento montado de Artillería los individuos francos de servicio, pues su Coronel, D. Enrique Pellicer, es partidario de la gimnasia natural al aire libre. Para no alargar mucho esta digresión retrospectiva, finalizaré mencionando las importantes obras realizadas en el 11.º regimiento montado de Artillería para que la tropa dispusiera de un hermoso baño en condiciones apropiadas, porque su Coronel, D. Eduardo Arnáiz,

adquirió el firme convencimiento de que uno de los principales puntos de apoyo en que la higiene descansa consiste en la limpieza y aseo de locales y personas.

Respecto á los Oficiales, hay autoridades como el Excelentísimo Sr. D. Francisco Loño, que dentro de la 3.<sup>a</sup> Región (de su mando) fomenta todo lo posible la afición por la esgrima, llenando así un doble fin, por los dos aspectos que tiene: uno es el gimnástico ó higiénico, y otro lograr el mayor perfeccionamiento posible en el manejo de las armas.

Basta la simple exposición de estos asuntos para comprender desde el primer momento cuán dignos de aplauso son los que aconsejan en ese sentido y los que llevan á la práctica cuestiones tan importantes y necesarias.

Ahora bien, en Institutos y aun en bastantes escuelas se realizan ejercicios gimnásticos higiénicos (1); sin embargo, esto no se hace en todas, y por la trascendencia que para los niños presentan favoreciendo su desarrollo, debieran ser obligatorios en todas las dedicadas á instrucción primaria.

Pero si esta gimnasia es tan beneficiosa para los organismos que están en período de crecimiento, indudablemente lo es más todavía la conocida con el nombre de *respiratoria*. En general, puede afirmarse de una manera categórica que todas las personas respiran mal, no obstante que las diferencias numéricas en los adultos son muy escasas, puesto que lo hacen de 16 á 18 veces por minuto.

La gimnasia respiratoria tiene como dogma de fe absorber de prisa bastante aire, para eliminar pronto mucho ácido carbónico. En general, puede asegurarse que no conviene la respiración por la boca entreabierta, más que en aquellos casos de imprescindible necesidad por existir granulaciones en las fosas nasales ó hipertrofia de las amígdalas.

---

(1) Hay ejercicios de esta clase completamente opuestos á la higiene, por ser muy violentos ó prolongados, y, por tanto, productores del *surmenage* (debilidad por exceso de fatiga), ó propenden á lesiones graves, principalmente del corazón, como ocurre con los saltos mortales y otros trabajos parecidos.

Debe aconsejarse que el tiempo empleado para verificar la inspiración sea dos veces más largo que el de la espiración.

Otra regla es relativa á los movimientos de la caja torácica, porque han de ser completos para llenar y vaciar bien los pulmones de aire.

Contar en alta voz no debe hacerse, porque con ello se fatigan y cansan inútilmente el corazón y los pulmones; este ejercicio sólo puede mandarse para calcular, de un modo aproximado, la capacidad pulmonar ó respiratoria de una persona, obligándola á efectuar una inspiración forzada al *máximum* y contar seguidamente con rapidez y en voz natural hasta la cifra más alta que sea posible.

Hay movimientos favorables á la respiración; en este caso están algunos de los que los brazos verifican, pues al elevarlos dilatan la caja torácica, favoreciendo la inspiración, en tanto que cuando se bajan activan la emisión del aire; no debe contarse mientras estos movimientos se practican, porque tal proceder es positivamente desfavorable, y la opinión antigua que afirmaba lo contrario debe rechazarse por errónea.

Los ejercicios de gimnasia respiratoria son muy convenientes en todas las edades, pero principalmente en el niño, porque desarrollando su pecho le evitan afecciones graves que pudieran presentarse después durante el transcurso de la vida.

Las sesiones de gimnástica pulmonar empezarán por ser solamente de un minuto de duración, pero después se irán alargando hasta llegar á cinco en la de la mañana y otros tantos en la de por la tarde. Convendría crear este hábito en los niños, y así realizarían el ejercicio todas las personas casi inconscientemente en las diferentes edades de la vida, al menos al levantarse, pues llegaría á constituir una costumbre como es la de lavarse por la mañana, ganándose con esto el que así todos los músculos respiratorios funcionen bien de un modo puramente mecánico.

Yo creo, como el distinguido Médico militar Mr. Vuillemin, que los adolescentes y los soldados pueden fácilmente aprender á

ejecutar estos ejercicios en una sola sesión, pero haciéndoles comprender bien su importancia para que no se les olviden; en todo caso no sería dificultoso realizar por obligación una sesión semanalmente.

Muchas son las ventajas que se obtienen de el empleo científico de la gimnasia respiratoria. El corazón se fortalece mucho por las íntimas relaciones que guarda su función con la desempeñada por los pulmones; pero éstos son los que resultan más beneficiados, pues todos los higienistas reconocen la gran resistencia que adquieren contra las enfermedades infecciosas, entre las que figuran en primera línea la tuberculosis pulmonar, que ataca principalmente las partes menos ventiladas y movibles de los órganos indicados; también, gracias á estos medios, se defienden mejor de los cambios bruscos de temperatura y congestiones pasivas, porque tienden á favorecerse la elasticidad de su parénquima, amplificando su capacidad y oponiéndose con todo esto á la pronta aparición de la fatiga por consecuencia del trabajo muscular.

Hay casos en sujetos débiles con notable disminución del murmullo vesicular, perceptible á la auscultación por bajo de las clavículas, lo cual pudiera hacer pensar en infiltraciones tuberculosas, y todo es debido únicamente á insuficiencia de respiración, que desaparece en dos ó tres días con sólo amplificar de modo sucesivo las inspiraciones gracias á esta gimnasia.

Los ejercicios respiratorios no son exclusivamente un poderoso medio higiénico, lo son también terapéutico, según he tenido ocasión de observar repetidas veces. Favorecen la hipertrofia compensadora en las lesiones orgánicas del corazón; en las pericarditis, cuando están en período de resolución, activan ésta, dificultando el establecimiento de adherencias, y si alguna se produce es débil, flexible y, por tanto, fácilmente movable.

La gimnasia respiratoria regulariza la convalecencia de las fiebres infecciosas, eruptivas y tifoidea, empleando durante la defervescencia ejercicios de amplificación pulmonar inspiratoria, estando el paciente en decúbito dorsal y repitiéndolos varias veces

por día, á fin de aumentar la sanguificación y con ella la nutrición general.

Es muy conveniente la gimnasia de que me ocupo, por su acción directa, para la expansión vesicular, evitando deformación tórácica por hundimiento en la pleuresía, haciendo uso de ella antes de la convalecencia, durante la declinación de la enfermedad, y en el mismo caso, tratándose de pulmonías fibrinosas ó catarrales, por favorecer notablemente que las partes afectas vuelvan á recuperar su primitiva permeabilidad.

J. GONZÁLEZ GRANDA,  
Médico primero.

---

## XXXIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ALEMANA DE CIRUGÍA

(Conclusión).

Día 8 de Abril.

PRIMERA SESIÓN, NUEVE MAÑANA

Graser (de Erlangen) y König (de Altona), presentaron láminas y radiografías de fracturas. Se abrió discusión sobre este tema, y la mayoría se decidió por los aparatos de extensión con poleas y pesos en las fracturas de huesos largos, especialmente en las supra-condíleas y de los cuellos óseos.

Samter (de Königsberg) y Friedrich (de Greifswald), presentaron osteoplastias, el primero con individuo curado.

Mangoldt (de Dresde), radiografías y enfermos de pseudo-artrosis y cavernas óseas.

Kümmel (de Hamburgo), habló de la operación temprana del riñón tuberculoso.

Krönlein (de Zurich), presentó 24 hojas, en colores, de riñón



tuberculoso extirpado, con el resultado de 2 muertos y 22 curados.

Zoudeck (de Berlín), expuso muchas preparaciones de riñones patológicos.

Treplin (de Hamburgo), habló de la calculosis en ambos riñones.

Ahrens (de Ulm), disertó sobre 2 nefrotomías por cálculos, una de riñón solitario.

Barth (de Danzig), presentó un caso de riñón en herradura operado por cálculos.

Enderlen (de Marburgo) y Backes (de Trebitsch), hablaron de operaciones renales.

Rosenstein (de Berlín), Ayudante de Isráel, trató de la descapsulación del riñón en la enfermedad de Brighth.

Stern (de Düsseldorf), habló de la descapsulación de Edebohls. Se levantó la sesión á las doce y treinta minutos de la tarde.

#### SEGUNDA SESIÓN, DOS TARDE

##### *Elección de Presidente.*

Mikulicz Badecki (de Breslau), trató del modo de aumentar la resistencia del peritoneo contra las infecciones en las operaciones del tubo digestivo.

Brunner (de Münsterlingen), se ocupó de infecciones peritoneales de origen intestinal.

Küster (de Marburgo), habló de la peritonitis séptica.

Friedrich (de Greifswald), trató de la alimentación subcutánea en los operados del estómago, y circuló un frasco con un producto industrial para el objeto.

Se abrió discusión sobre el tema de Mikulicz.

En este momento se repartieron las papeletas para votar la elección de Presidente para 1905, resultando elegido Krönlein (de Zurich).

Riedel (de Jena), presentó láminas, en colores, de úlcera florida del estómago.

Francke (de Altemburgo), presentó un operado de resección del estómago.

Seefisch (de Berlín), llevó un operado de estenosis pilórica.

Payr (de Gratz), presentó 8 grandes cuadros de estenosis del tubo digestivo.

Borchardt (de Berlín), Ayudante de Bergmann en la Universidad, mostró 9 cuadros y 3 moldes de un caso de vólvulus del estómago.

Dreesmann (de Colonia), habló del valor de la palabra «gastro-enterostomía».

Lampe (de Bromberg), habló de los trastornos funcionales que ocurren en algunos operados de gastro-entero-anastomosis durante el primero y segundo días.

Se levantó la sesión á las cuatro y treinta minutos de la tarde.

#### Día 9 de Abril.

##### PRIMERA SESIÓN, NUEVE MAÑANA

Büngner (de Ibanau), ¿Qué debe entenderse por la palabra peritifitis?

Lauenstein (de Hamburgo), habló de los signos clínicos de las enfermedades del ciego y del apéndice. Presentó una clasificación y muchos dibujos y acuarelas de ciegos y de apéndices.

Federmann (de Berlín), trató de las adherencias en la apendicitis. Presentó un cuadro analítico de casos operados en el hospital Moabit de Berlín.

Meizel (de Friburgo), Investigaciones sobre la vascularización del vermium en la apendicitis aguda. Presentó negativas fotográficas de apéndices inyectados y 2 láminas de cortes histológicos.

Küttner (de Tubinga), La reacción glucogénica de los leucocitos y su importancia para el diagnóstico quirúrgico.

Karewski (de Berlín), Sobre el momento más favorable para operar en la apendicitis.

Sonnenburg (de Berlín), Acuerdos que hay en la actualidad sobre el tratamiento de la apendicitis aguda.

Ibente (de Breslau), Técnica para producir la hiperemia venosa. Presentó un manguito de goma para rodear los miembros y llenarle de aire con aparato de bolas de goma, graduando la presión con manómetro.

Schvemacker (de La Haya), Sobre el valor diagnóstico de la línea trocanter-espinosa. Presentó 3 figuras demostrativas.

Depage (de Bruselas), Resección de los uréteres y la vejiga en casos de extensión del carcinoma uterino. Presentó 3 láminas con implantación de los uréteres.

Rehn (de Francfort s. M.), Experiencias con colores en algunas afecciones vesicales.

Se abrió discusión sobre los casos anteriores.

Kraske (de Freiburg), Sobre una neoplasia vesical interesante.

Pagenstecher (de Wiesbaden), Tratamiento operatorio de la vejiga doble y diverticulada de nacimiento. Presentó dibujos.

Madelung (de Estrasburgo), Tratamiento de las hernias muy voluminosas.

Brodvitz (de Francfort s. M.), Tratamiento de las hernias por inyecciones de alcohol.

Enderlen (de Marburgo), Dibujos de hernias con cavidades múltiples.

Beck (de Karlsruhe), De la colitis crónica y su tratamiento quirúrgico.

Borchard (de Posen), Ileus de origen sifilitico.

Se levantó la sesión á la una de la tarde.

#### SEGUNDA SESIÓN, DOS TARDE

Hasta ahora muchos disertantes se habían presentado en orden diferente del señalado en las listas de llamamiento; pero en esta tarde, como de última sesión, se acumularon todas las alteraciones de orden numérico de presentación. Disertaron:

Wullstein (de Halle), Sobre casos de cirugía gastro-intestinal.

Lanz (de Amsterdam), Esplanotricia. Presentó un ecrasseur, nuevo modelo.



Kreuter (de Erlangen), Etiología de las atresias intestinales congénitas. Presentó láminas.

Rehn (de Francfort s. M.), Invaginaciones del intestino delgado.

Klapp (de Greifswald), Estudios experimentales sobre la anestesia lumbar. Presentó 3 diagramas comparativos.

Petersen (de Heidelberg), Terapéutica del cáncer del estómago y del recto. Presentó 2 láminas.

Riese (de Britz), Sobre la suerte de las compresas abandonadas en la cavidad peritoneal.

Botticher (de Giessew), Quistes del húmero. Presentó radiografías.

Rurick (de Friburgo), Retención de orina por causa prostática. Presentó una lámina.

Ibermes (de Berlín), Operación de la criptorquidia. Presentó un operado.

Katzenstein (de Berlín), presentó un caso operado de criptorquidia.

Wendel (de Marburgo), Sobre la cirugía de la inflamación perirrenal.

Holländer (de Berlín), Corio-epitelioma testicular.

Kausch (de Breslau), Importancia de la diabetes en cirugía.

Hildenbrandt (de Berlín), La diabetes y la arterio-esclerosis en cirugía.


Jordan (de Heidelberg), Sobre la piemia en las enfermedades crónicas.

Terminó la sesión á las cuatro de la tarde.

El Presidente saliente, Braun (de Gotinga), se despidió de la Asociación y del Congreso, y el nuevo Presidente para 1905, Krönlein (de Zurich), dirigió unas palabras de agradecimiento al Congreso, terminando con los tres ¡Hoch! aquí usuales.

Se declaró la clausura del Congreso.

L. SÁNCHEZ,  
Médico mayor.



## Prensa y Sociedades médicas.

### Varios casos de heridas del cráneo por armas de fuego.—

I. Un joven intentó suicidarse con un revólver de pequeño calibre. Presentaba una herida de entrada por encima del arco zigomático derecho, por delante de una línea vertical que pasase por el conducto auditivo externo. En presencia de los signos de compresión cerebral progresiva, Mr. Gaboulay ensanchó el orificio de entrada y comprobó que por debajo de la dura madre, perforada, estaba destruida la punta del lóbulo temporo-esfenoidal; se limitó á establecer el drenaje del trayecto.

A la mañana siguiente el enfermo recobró el conocimiento, pero se presentó una hemi-anestesia de la mitad derecha de la cara, sin alteraciones motoras; los movimientos del globo ocular derecho permanecían intactos, y el masétero se contraía fácilmente. Se impuso la conclusión siguiente: la bala había destruido el ganglio de Gaserio, ó la emergencia de las tres ramas sensitivas del trigémino al nivel del ganglio.

Á los doce días se elevó la temperatura, y la muerte sobrevino á los quince días por meningo-encefalitis.

La autopsia descubrió la bala al nivel de la cara anterior del peñasco; este último había desgarrado el ganglio de Gaserio, sin que la rama motriz subyacente estuviese interesada. El lóbulo temporo-esfenoidal estaba completamente destruido; las meninges permanecían normales, y sólo la pía madre, adherida á la cara externa de los hemisferios, se encontraba algo congestionada.

II. Cuando los heridos del cráneo por armas de fuego con retención del proyectil el herido, á pesar de la abstención, se libra del shock y de los accidentes infecciosos, ¿debe abandonarse el proyectil, ó se le debe extraer?

Si la legitimidad de la operación consecutiva no se admite hoy por todos los Cirujanos y en todos los casos, se impone cuando la radiografía demuestra que el proyectil está situado superficialmente y hay grandes probabilidades de poderlo extraer con facilidad. En estas condiciones se presentaba un caso observado por Mr. Chavannaz. Se trataba de un joven que se había disparado una bala de revólver de 6 milímetros en la región temporal derecha. No existía ninguna alteración apreciable en la cara, ni parálisis, ni paresia por parte de los miembros; el único síntoma que podía relacionarse con el accidente consistía en la existencia de vértigos cuando el enfermo bajaba la cabeza.

Por la radiografía pudo precisarse la situación del proyectil, y practicada la intervención con los datos adquiridos se encontró la bala exactamente en el sitio previsto, entre la lámina interna y la dura madre. El herido curó.

III. Mr. Galtier ha presentado á la Sociedad de Anatomía de Burdeos las piezas anatómicas procedentes de la autopsia de un niño que había recibido á 2 metros de distancia, en la región frontal izquierda, una bala de carabina Flobert del calibre 6.

Á los seis días se presentaron contracturas y convulsiones, localizadas principalmente en el lado derecho; se practicó la trepanación al nivel del surco rolándico y salió una gran cantidad de sangre negruzca; aquella noche sucumbió el niño.

Las lesiones comprobadas en la autopsia fueron las siguientes: la dura madre estaba muy congestionada en el hemisferio derecho; su sección dió salida á un líquido abundante que contenía sangre, bridas esfaceladas y pus; el hemisferio presentaba lesiones de meningitis. En el hemisferio izquierdo no se observó nada de particular.

El trayecto del proyectil, seguido desde su entrada en el lóbulo frontal izquierdo, era el siguiente: atravesaba la cisura inter-hemisférica un poco por delante de la rodilla del cuerpo caloso, pasaba al hemisferio derecho, atravesaba el centro oval en su parte anterior é iba á terminar en el tercio medio de las circunvoluciones rolándicas, alcanzando así el campo operatorio casi en su centro; á este nivel se reflejaba sobre el hueso, volvía á entrar en la masa cerebral, en la cual se terminaba casi inmediatamente, y allí se encontró la bala, deformada y aplastada.

Este trayecto, muy amplio en relación con el volumen de la bala, se ensanchaba á medida que se aproximaba al parietal; estaba muy desgarrado y presentaba en toda su extensión detritus purulentos. En el punto en que se reflejaba, la substancia cortical estaba esfacelada y llena de pus; también estaba llena de pus la cisura inter-hemisférica.

Esta observación es curiosa por varios conceptos: los destrozos del encéfalo no guardan relación con el pequeño volumen del proyectil y el estado bastante satisfactorio del niño en los primeros días; por otra parte, se ve con claridad que cuanto menor es la fuerza viva los desórdenes son más considerables.

En fin, conviene señalar la vía por donde debió verificarse la infección. La supuración se manifestó pronto en la herida cutánea. La infección, por lo tanto, se debió á la bala, pero superficialmente á la entrada del túnel, sin interesar las meninges, que á este nivel estaban sanas; desde aquí se propagó por el conducto hasta la substancia cerebral de las circunvoluciones rolándicas y después á las meninges.

IV. Mr. Gayet refiere la observación de un enfermo que recibió dos meses antes un disparo en el ojo izquierdo. El arma, cargada de plomos muy finos, destruyó por completo el ojo y fué preciso practicar su enucleación. Después de algunos días el enfermo se presentó con exoftalmía del otro ojo, acompañada de equimosis ligera del párpado superior. Después, bruscamente, tuvo escalofríos y acabó por sucumbir dos meses después del accidente, habiendo presentado algunas manifestaciones epilépticas del lado izquierdo.

La autopsia descubrió un hematoma por debajo de la dura madre, que se extendía por toda la convexidad del hemisferio derecho; el ventrículo del mismo lado estaba lleno de sangre líquida mezclada con coágulos cruóricos. En la cara interna del hemisferio derecho se notaba un foco de atricción de la substancia cerebral, colocado por delante de la segunda y tercera circunvoluciones temporales.

El resto del encéfalo no ofrecía alteración alguna.

Cree Mr. Gayet que algunos plomos muy finos hayan escapado á sus investigaciones, y se propone practicar otra autopsia más minuciosa de este cerebro.

(*Le Caducée*).

\*  
\*  
\*

**Efectos curativos de la sangría en un caso de fiebre tifoidea grave.**—El Dr. *A. Robin*: La medicina no se enriquece más que por los hechos. En la actualidad, mientras se espera un método seroterápico curativo que apenas se deja entrever en el tratamiento de la fiebre tifoidea, la observación clínica, apoyada en nociones patogénicas precisas, es aún la única fuente del terapeuta y representa su mejor guía. Por esta razón, nos creemos autorizados á referir una observación puramente clínica, en que los buenos efectos de un tratamiento razonado nos han parecido bastante dignos de atención para que nos sea permitido considerarlo como un ejemplo.

Trátase de un hombre de treinta y nueve años que entró en mi enfermería en plena fiebre tifoidea y en un estado ataxo-adinámico de los más graves; la temperatura era relativamente poco elevada ( $39^{\circ},5$ ); la orina, oscura, tenía los caracteres que he descrito en otra ocasión: presencia de tres discos superpuestos de albúmina, de ácido úrico y de indican, con disminución de los fosfatos térreos, sin urohematina. Se administra al enfermo un baño á  $25^{\circ}$ , de diez minutos de duración, que se repite cada tres horas cuando la temperatura rectal llega ó pasa de  $39^{\circ}$ ; además se prescriben enemas fríos con una cucharada de licor de Labarraque, una poción alcohólica, una infusión de digital con ergotina y 50 centigramos de biclorhidrato de quinina en 2 sellos; como alimentación tenía 2 litros de leche, 1 de caldo y 1 de limonada vinosa. Al día siguiente, 18 de Noviembre, la temperatura no pasa de  $38^{\circ},5$ , pero el estado general continúa grave, dominando la escena la ataxo-adinamia con delirio; el pulso se mantiene elevado á 140, y la orina, escasa, desciende á 500 centímetros cúbicos. El día 20 de Noviembre la temperatura desciende hasta cerca de  $37^{\circ}$  y el pulso sube á 145, mientras el estado del enfermo es de los más alarmantes. Y, sin embargo, no se manifiesta ningún fenómeno nuevo que pueda explicar esta desarmonía entre el pulso y el gran descenso térmico; el vientre no está más doloroso ni más timpanizado que los días precedentes; no hay ningún indicio de perforación, ni existe hemorragia intestinal; el estado se sostiene grave de este modo durante todo el día; se suspenden los

baños, y por la noche descende la temperatura á 36°,8, con un pulso de 140.

El día 21 de Noviembre, por la mañana, la temperatura no llega más que á 36°,6; el pulso es pequeño, depresible, irregular, muy rápido é incontable; el enfermo delira y está agitado, con movimientos de carfología; las extremidades están frías, la respiración corta y acelerada y tendencia á la algidez y al colapso; cefalalgia violenta, pero sin desigualdad pupilar, ni opistótonos, ni alteraciones de la sensibilidad general, ni signo de Kernig; el enfermo apenas había orinado 500 centímetros cúbicos y parecía profundamente intoxicado. ¿Qué pasaba, pues, en nuestro enfermo? ¿En presencia de qué indicaciones nos encontrábamos? La debilidad del corazón había determinado una especie de éxtasis venoso en la circulación general, una especie de asistolia aguda y rápida; el riñón llenaba imperfectamente sus funciones eliminadoras; las materias tóxicas acumuladas en la sangre debilitaban á su vez el sistema nervioso, gran regulador de todas las funciones del organismo; las oxidaciones estaban disminuidas, hasta el punto de descender la temperatura por bajo de la normal. La muerte parecía próxima. No se trataba, pues, aquí, de luchar contra la fiebre tifoidea, sino contra un caso especial de este proceso acompañado de alteraciones de la circulación, toxemia é insuficiencia de las oxidaciones. La sangría podía satisfacer estas tres indicaciones: primero produciría una depleción sanguínea favorable á la exosmosis de los venenos intracelulares, restablecería la amplitud de las pulsaciones y disminuiría mecánicamente el éxtasis venoso; después ayudaría á la depuración orgánica de los venenos microbianos y de los residuos nutritivos que contuviera, y, por fin, también tendría por objeto, como se desprende de las investigaciones que he practicado con Binet, á activar los cambios generales y respiratorios y á aumentar, en una palabra, las oxidaciones del organismo. Por todos estos motivos me decidí á practicar, á las diez de la mañana, una sangría de 250 gramos, haciendo continuar el uso de la poción de digital y ergotina; y como si se tratara de una prueba experimental de los razonamientos indicados, vimos elevarse la temperatura, el pulso se hizo más regular, más amplio y menos rápido, la orina aumentó y el estado general del enfermo se modificó, hasta el punto que pareció resucitar bajo la influencia de la sangría; la fiebre tifoidea siguió su curso regular y el enfermo curó. Tal es el ejemplo que puede añadirse á los ya conocidos en favor de la sangría, y por tal motivo me he creído autorizado á referir el caso clínico con algunos detalles y acompañado de consideraciones teóricas que justifican la terapéutica empleada.

El Dr. *Gallois*: He tenido ocasión en 1879 de emplear la sangría en un caso de fiebre tifoidea. Se trataba de un joven, en el principio del proceso, que tenía una tensión sanguínea muy elevada y un delirio persistente; hice una sangría y el enfermo fué verdaderamente transformado; su fisonomía tomó muy luego su aspecto habitual, la tensión sanguínea volvió á la normalidad y la temperatura descen-



dió, descenso que persistió los días siguientes. Como el Dr. Robin, no erijo la sangría en regla general, sino que únicamente creo que puede tener su empleo grandes ventajas, sobre todo cuando hay hipertensión marcada.

El Dr. *Barbier*: A los fenómenos biológicos aumento de las oxidaciones, excitación mayor para el oxígeno, etc., que el Dr. Robin ha podido observar directamente con el Dr. Binet, se puede añadir el hecho, no menos interesante, señalado por Roux referente á la crisis leucocitaria que sigue á la sangría. Sabido es que los glóbulos blancos son por excelencia los vectores de las oxidaciones orgánicas, y que el aumento de aquéllos debe acompañarse de una elevación de ésta. Hace tiempo que empleo las emisiones sanguíneas en las infecciones pulmonares de los niños y obtengo excelentes resultados, tanto contra los fenómenos tóxicos generales como contra los fenómenos congestivos locales.

El Dr. *Robin*: He de llamar la atención acerca de que, en el caso que he referido, el enfermo no tenía impertensión, sino que por el contrario, hipotensión; mi objeto terapéutico se dirigía contra la intoxicación y no contra las alteraciones circulatorias.

El Dr. *Mathieu*: Un hecho clínico que puede invocarse en apoyo de la teoría de Robin, encuéntrase en el siguiente dato: Trousseau había señalado que se produce siempre una mejoría notable en la fiebre tifoidea después de las hemorragias intestinales, á condición de que éstas no sean considerables y no provoquen una anemia, y con ello un síntoma peligroso nuevo. Nosotros hemos tenido ocasión, hace poco tiempo, de comprobar este hecho en uno de nuestros tifoideos.

(*Le Bull. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**La punción lumbar en las afecciones del oído.**—*Babinski*: El autor estudia la utilidad de la punción lumbar, operación inofensiva, contra diversos síntomas penosos del oído, sobre todo el vértigo. Los tres síntomas esenciales de las afecciones del oído, el vértigo, el zumbido y la sordera, es seguramente lo primero que es frecuente y notablemente influenciado por la raquiocentesis. De 30 enfermos afectos de vértigo auricular, 11 solamente han sido puncionados sin éxito; en los otros 21 casos, el resultado ha sido muy claro, y á veces hasta notable; hay muchos enfermos en los que el vértigo tiene muchos años de fecha, y que, habiendo sido tratados por diversos otólogos, se han curado actualmente con una sola punción.

El síntoma zumbido es más rebelde al tratamiento que el vértigo: de 90 enfermos con zumbidos, únicamente 30 han sido curados ó mejorados; á pesar de esto, el resultado es aún satisfactorio si se tiene en cuenta la ineficacia ó el poco resultado de los medios clásicos empleados en casos semejantes.

En fin, la sordera es aún más refractaria que el zumbido. En ésta, únicamente la séptima parte de los casos han encontrado utilidad en la raquiocentesis. Pero como compensación, hay algunos casos sor-

prendentes: tal enfermo, por ejemplo, completamente sordo de un oído hacía seis años, recobra el oído después de la operación, hasta el punto de percibir la voz distante á más de 2 metros; tal otro, de treinta y cinco años de edad, sordo desde la edad de tres años, es sensiblemente mejorado después de tres sucesivas punciones.

El autor se considera, por lo tanto, autorizado para asegurar:

1.º Que la raquiocentesis ejerce sobre el vértigo auricular una influencia notable; ordinariamente le atenúa ó le hace desaparecer.

2.º Que puede influir también de manera favorable sobre los zumbidos y sobre la sordera; pero aquí su esfera de acción es más limitada.

3.º Que, en razón de su inocuidad, esta operación debe ser ensayada en todos los enfermos atacados de afecciones auriculares que hayan resistido al tratamiento local.

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

\* \* \*

**Contribución á la terapéutica conservadora de las supuraciones crónicas del oído medio.**—*Neumann*: Apoyándose en su experiencia clínica y en las investigaciones especiales que ha entendido con este objeto, el autor recomienda el empleo combinado del agua oxigenada y del permanganato de potasa en solución muy diluída para el tratamiento de las supuraciones crónicas del oído medio.

Al comienzo se servía del agua oxigenada al 30 por 100 sin adicionar permanganato, para humedecer la mucosa lesionada de la caja del tímpano; pero bien pronto dejó de hacerlo porque se originaba en muchos casos sensibilidad dolorosa y escaras de los tejidos que sufrían el contacto del agua oxigenada al 30 por 100. Sobrevenía esto principalmente cuando se trataba de perforaciones timpánicas. Las escaras de los bordes de la perforación parecían producidas por la cauterización con ácido tricloracético. Se desprendían á la mañana siguiente sin dejar pérdida de substancia. Aun el agua oxigenada al 6 por 100 ha determinado algunas veces un poco de irritación dolorosa; por esta razón no debe emplearse sino una solución al 1 por 100 para los niños y al 3 por 100 para los adultos. Las dos son bien toleradas.

(*Soc. de laring. de Berlin*).

\* \* \*

**Tratamiento de las uretritis gonocócicas por el método llamado de Janet.**—*Guyard*: El autor formula las conclusiones siguientes:

1.ª Los lavados con permanganato de potasa en el tratamiento de la blenorragia aguda son verdaderamente de una eficacia maravillosa, pero con la condición de obrar sobre todo el canal y no solamente sobre la uretra anterior.

2.ª Las dificultades ó la imposibilidad de su ejecución á conse-

cuencia de la resistencia por el esfínter membranoso, no son imputables sino á una técnica defectuosa.

3.<sup>a</sup> Una buena jeringa ofrece desde este punto de vista muchas ventajas sobre los aparatos de presión atmosférica.

4.<sup>a</sup> Por otra parte, la cocainización previa de la mucosa uretral, disminuyendo ó suprimiendo las contracciones reflejas del esfínter, facilita singularmente las maniobras.

5.<sup>a</sup> Importa antes de hacer los lavados tener muy en cuenta las indicaciones y contraindicaciones clínicas. Fáciles, inofensivas y notablemente eficaces cuando las condiciones son favorables, es decir, durante los tres primeros días, se hacen laboriosas, penosas, irritantes, hasta peligrosas, cuando se quiere emplearlas muy tardíamente.

6.<sup>a</sup> El título de la solución debe siempre estar subordinado á las reacciones dolorosas ó secretorias de la mucosa uretral, que debe evitarse cuanto sea posible.

7.<sup>a</sup> No es útil emplear más de 500 gramos de líquido por lavado, pero es bueno elevar la temperatura alrededor de 40°.

8.<sup>a</sup> Es indispensable practicar dos lavados diarios en los cuatro primeros días, bastando uno solo en los cuatro siguientes.

9.<sup>a</sup> Sin embargo, si los gonococos reaparecen es preciso volver inmediatamente á las dos sesiones diarias.

En este caso vale más confiarlos al enfermo mismo, pero no sin antes haberle enseñado cómo debe proceder á las maniobras y haberse asegurado *de visu* si las ejecuta como es debido.

(*Ann. des mal. des org. gén. urin.*)

\*  
\*\*

**Traumatismo medular.**—El Dr. *Fernández Sanz*: La historia clínica que expone es la de un hombre de veintinueve años, minero de cobre en Riotinto, que padeció pulmonía á los quince años, sífilis á los diez y seis, paludismo en Extremadura durante cuatro ó cinco meses, y que abusaba del alcohol, conjunto de causas que imprimió huellas profundas en este organismo. Una noche cayó en un precipicio de 10 metros de altura (?), sin perder el conocimiento; quedó sentado y las piernas se negaban á sus intentos de levantarse no sintiendo en ellas la impresión de las manos. A las pocas horas apareció incontinencia de orina. Durante tres ó cuatro meses siguió el mismo cuadro, con paraplegia, incontinencia rectal y vesical é impotencia genital. Entonces se le presentó hormigueo y picotazos en las piernas, calambres, convulsiones y temblor al pretender moverse. La contractura se acentuó al año, quedando las extremidades inferiores agarrotadas y rígidas. Le aplicaron tintura de iodo, ergotina, estriocina, termocauterio, masaje, baños y electricidad.

Cuando él lo vió estaba bien nutrido, de buen color, pudiendo apreciar una deformidad en el espinazo; la apósis espinosa de la décima vértebra dorsal está desviada atrás y á la izquierda. Existe parálisis completa de los miembros inferiores, que están contracturados, en flexión ligera y aproximación; los movimientos pasivos

son difíciles, provocándose clonus al intentarlos; están exaltados todos los reflejos, no pudiéndose apreciar el cremasteriano á causa de la aproximación. En los miembros superiores hay normalidad. Existía anestesia de las tres clases en una zona que terminaba á nivel de una línea horizontal que pasara cuatro dedos por debajo del ombligo, límite inferior de la zona radicular duodécima; la hipoestesia llegaba por arriba al ombligo (zona radicular undécima), y por abajo á la raíz del miembro, correspondiendo á la primera raíz lumbar. La sensibilidad profunda se halla abolida, habiendo incontinencia rectal tardía y simple de orina, sin retención, no apreciándose nada trófico.

El diagnóstico es sencillo: fractura del raquis á nivel de la décima vértebra dorsal y compresión medular, con paraplegia espasmódica sensitivo-motora. El pronóstico es sombrío. Tal vez pudiera intentarse algo por lo que ocurre en casos análogos. Recuerda haber leído en *The Lancet* un caso de caries vertebral con paraplegia que se alivió con los recursos quirúrgicos, pudiendo el enfermo á los once meses andar cuatro ó cinco millas á pie. En las obras clásicas se cita otro, de Charcot, de tumor que, extirpado, mejoraron mucho los síntomas. Se compagina mal esto con la afirmación de que no se regeneran los conductores nerviosos; sin duda los que quedan bastan para que se realice la función. Las raíces no salen frente á sus segmentos respectivos; tienen un trayecto intrarraquídeo, mayor cuanto más bajas sean, por lo que interesan zonas más bajas de lo que aparentemente corresponde al sitio enfermo: dorsal duodécima y lumbar primera. Está indicada la intervención quirúrgica, pero parece como que los Cirujanos temen intervenir en los centros nerviosos. En casos como éste debía hacerse una cirugía preventiva de los accidentes ulteriores.

El Dr. *Valle*: Este caso le recuerda otro análogo con parálisis de las extremidades inferiores sensitiva y motora, incontinencia de orina y de heces fecales, sin quejarse de haber padecido traumatismo ni existir antecedentes, aunque el tipo del enfermo era tuberculoso. Había mal de Pott, y resultó haber sufrido una caída muchos años antes, sin síntomas en todo ese tiempo. Interviniendo en un principio se evitarían muchos trastornos consecutivos. Casos hay en que se diagnostica la compresión medular por un tumor, y extirpándolo quedó el paciente apto para andar y moverse. No cree que en estos casos exista destrucción, sino sólo compresión, por lo que pueden curar; no es como en las fracturas, en que se rompe el contenido; si hay atrición de la substancia medular, operando no se conseguirá nada. Está, pues, conforme con el Dr. F. Sanz en que en los traumatismos raquidianos debe invocarse pronto el auxilio del Cirujano.

El Dr. *Barragán*: En Agosto último intervino un caso igual al del Dr. F. Sanz, mejorando mucho el paciente á pesar de que llevaba nueve meses con fractura de los arcos vertebrales de la primera y segunda lumbares. Era un hombre al que, estando sentado, le cayó encima una cuba; forzó la flexión de la columna vertebral.



fracturándose las vértebras. Los síntomas de estas lesiones son siempre los mismos, estribando el diagnóstico en el estado de la inervación y de la sensibilidad. En este caso, la anestesia empezaba en la región pubiana, existiendo paraplegia y falta de reflejos por ser la lesión total medular. Había anestesia dolorosa, acaso porque estuviese algo lesionada la cola de caballo; á veces existía iscuria paradójica, tal vez por dilatación de la vejiga, siendo así cómo había incontinencia y se apreciaba depresión en la segunda vértebra lumbar. Se decidió á operar, teniendo presente que con esto el enfermo no había de perder. Seccionó las apófisis espinosas de las vértebras fracturadas, separando los arcos vertebrales, y vió que la médula se movía bien en su estuche óseo, deduciendo de esto que no estaba comprimida. Resecó los arcos vertebrales, cerró la herida, y al quinto día el enfermo orinaba sin que le sondaran, retenía las heces fecales, y la sensibilidad fué apareciendo en la planta de los pies, siguió por la región peronea, por la del triceps femoral, llegando al pubis; sólo quedó una zona de anestesia en el dorso del pie; el paciente podía extender las piernas y levantarse, desapareciendo los dolores. No adquirió motilidad en armonía con la sensibilidad, indudablemente por haberla perdido por desuso, creyendo que llegaría á activarse mediante corrientes eléctricas, que no se emplearon porque la familia del enfermo lo sacó del hospital.

No ha de ser aquí tan rápida la operación como en los traumatismos craneales, cuando hay hundimiento y síntomas de compresión; la indicación parte de los fenómenos medulares, y la compresión puede ser por fragmentos del cuerpo vertebral, por hundimiento del arco ó por hemorragia. Si existe ésta, es fácil saberlo por la punción; si hay hundimiento, se aprecia la desviación del hueso. Pueden acompañarse ó no de herida exterior, y él opina que no debe operarse en seguida, porque, en general, no comprometen la vida.

El Dr. *Bravo* (D. J.): Ha practicado dos laminectomías por lesión de la columna dorsal. La primera la comunicó al Congreso Hispano-portugués de Cirugía; era un a fractura por caída de un saco sobre el hombro de la mujer que la padecía, derribándola y haciendo ella flexión forzada lateral. Se produjo así fractura con hundimiento del cuerpo vertebral en el conducto medular; cuando la operó hacía seis ú ocho meses. Hizo laminectomía de dos ó tres arcos vertebrales. Existe un medio más fácil que el de mover la médula para averiguar si está comprimida, así es difícil darse cuenta de ello; es mejor ver si late el líquido céfalo-raquídeo en las meninges; si late, no hay compresión, y viceversa; en su caso no latía; extirpado el arco superior tampoco latía, y entonces halló un fragmento, una especie de puente óseo que ejercía compresión. La enferma, á pesar de esta operación, no mejoró nada.

Después ha visto á una joven que cayó de una caballería, sufriendo fractura vertebral con paraplegia y demás síntomas de estas lesiones; hacía también seis ú ocho meses del accidente, cuando la operó como á la anterior, sin obtener resultados positivos. Por



esto pensaba si operando precozmente los lograría mejores; pero el Dr. Areilza, que en Bilbao ha intervenido muchos, dice que aun haciendo la intervención precoz, tampoco se obtienen. No rechaza la operación en absoluto, y cree que si ha de dar resultado es haciéndola próxima al accidente, pero no inmediata, pues á veces mejoran extraordinariamente colocándolos en una gotiera de Bonet y practicando extensión y contraextensión. En vista de lo expuesto, cree que no se debe confiar demasiado por el éxito que obtuvo el Dr. Barragán.

El Dr. *F. Sanz*: Ve que también los Cirujanos se declaran incapaces de restaurar estas lesiones; el resultado de la laminectomía es muy escaso, si bien conoce uno operado poco ha por el Dr. López Durán, y que está en vías de mejorar.

Es raro que en las paraplegias de origen neoplásico se obtengan mejores resultados que en las mecánicas, cuando el tumor en su avance debe hacer patológicos los tejidos; parecía más fácil la *restitutio ad integrum* en las fracturas. En los traumatismos medulares no sirve el tratamiento médico, debiéndose apelar á la inmovilidad, á la extensión, y si esto no resulta, á la laminectomía, por si produce algún beneficio.

(Acad. Méd.-Quirúr. Española).

---

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

---

Una de las principales dificultades con que tienen que tropezar los Médicos militares en campaña, es que con frecuencia ocurrirá que no puedan practicar su servicio técnico si no poseen una cierta instrucción táctica que les permita juzgar acerca del desarrollo de una acción de guerra y apreciar, por consiguiente, en qué condiciones deben intervenir con los elementos sanitarios de que dispongan. Es, pues, necesario que los Médicos reciban una cierta educación militar especial que les haga aptos, á falta de órdenes que con frecuencia no llegarán, para tomar decisiones conformes con una situación determinada.

Los ejercicios diarios y las maniobras no son suficientes para asegurar esta instrucción, por varias razones: en primer lugar, porque se desarrollan con mucha rapidez, y luego, porque el personal y material sanitario no están nunca al completo en los Cuerpos, y las formaciones sanitarias especiales, cuando existen, no se hallan más que en estado embrionario, faltando, por último, los heridos. Es imposible, pues, con escasas maniobras especiales del servicio de Sanidad, proporcionar la educación táctica necesaria á los Médicos militares.

Esta cuestión ha sido cuidadosamente estudiada en el ejército austro-húngaro. Desde hace unos cuantos años el Ministro de la Guerra ha dispuesto la práctica de juegos de la guerra especiales para el servicio de Sanidad, que han dado excelentes resultados, proporcionando á los Mé-

dicos la ocasión de trabajar sobre un tema militar bien definido, al lado de Oficiales de las Armas combatientes que les indican los casos concretos que hay que estudiar, discutiendo luego con ellos la oportunidad táctica de sus soluciones.

\*  
\*\*

Durante el mes de Abril próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.213 defunciones, que arrojan un término medio diario de 40'433, y una proporción de 2'275 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1903 hubo 1.342 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 156, de menos de un año; 178, de uno á cuatro años; 79, de cinco á diez y nueve; 212, de veinte á treinta y nueve; 263, de cuarenta á sesenta y nueve; 324, de sesenta en adelante, y uno sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: tuberculosis pulmonar, 128; pneumonia y bronco-pneumonia, 101; tífus exantemático, 87; enfermedades orgánicas del corazón, 82; meningitis simple, 69; congestión y hemorragias cerebrales, 65; bronquitis aguda, 54; ídem crónica, 53; tumores cancerosos, 48; diarrea y enteritis (menores de dos años), 37; grippe, 34; fiebre tifoidea, 26; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 23; tuberculosis varias, 22; senectud, 19; meningitis tuberculosa, 18; viruela, 14; coqueluche, 13; sarampión, 8; afecciones puerperales, 8; suicidios 6; difteria y crup, 3; debilidad congénita, 3; escarlatina, 1; reblandecimiento cerebral, 1; otras causas de defunción, 290.

\*  
\*\*

La *Conferencia internacional de la tuberculosis*, se celebrará en Copenhague del 27 al 29 de Mayo de 1904. En esta Conferencia se tratarán los asuntos siguientes:

- 1.º Informe del Comité administrativo.
- 2.º Fijación y límite del cometido de la Comisión internacional.
- 3.º Adhesión de nuevas Asociaciones antituberculosas.
- 4.º Congreso de la tuberculosis.
- 5.º Informe de las Comisiones. Propositiones de los señores:
  - a) Maragliano (cuestión de idiomas).
  - b) Hillier (prohibición de escupir).
  - c) Fränkel (declaración obligatoria).

\*  
\*\*

El *Congreso colonial francés de higiene general y profilaxis internacional*, se reunirá en París del 26 de Mayo al 6 de Junio próximos, bajo la presidencia del Dr. A. Charrin.

\*  
\*\*

Entre los concursos abiertos por el *Ateneo de Madrid*, figura uno de 2.000 pesetas destinadas á premiar el mejor trabajo sobre una investigación biológica. Los trabajos deberán presentarse en la Secretaría de la docta Corporación hasta las siete de la tarde del 15 de Abril de 1905.