

# REVISTA BALEAR DE CIENCIAS MÉDICAS

PUBLICACION QUINCENAL

ÓRGANO DEL COLEGIO MÉDICO-FARMACÉUTICO DE PALMA

✧ N.º XIII ✧

✧ 15 AGOSTO 1897 ✧

✧ N.º 15 ✧

## MÉTODO PRACTICO Y CONCISO DE ANÁLISIS DE LAS ORINAS

POR

D. José Pons y Bennasar

**S**IENDO tan comunes las afecciones en que el análisis de la orina se impone, ya como medio de diagnóstico, ya para establecer un plan terapéutico racional, he creído conveniente y de suma utilidad para mis compañeros, publicar este pequeño trabajo, cuyo objeto no es otro sinó que cualquiera de ellos, por medio de este sencillo y conciso método, pueda contestar casi al momento la petición del médico, de si ó no se trata de *Albuminuria* ó *Glucosuria*.

Podría exponer un tratado extenso y completo de dicho análisis, que no sería sinó la repetición de lo muchísimo que se ha escrito sobre el particular; pero en este caso saldría de la esfera del anunciado tema, y después por demasiado sabido tenemos todos cuan largo y pesado es, y los inconvenientes que presenta, tanto la adquisición de las obras, de ciertos instrumentos (microscopio, sacarímetro, etc.), como su estudio y manejo, teniendo en cuenta, además, lo mal retribuidos que son estos trabajos, pues la mayoría de los clientes están en la creencia de que venimos obligados á prestar gratuitamente dicho servicio; así es que me concretaré á detallar solamente,

lo siguiente: Cantidad emitida en 24 horas; densidad; reacción; albúmina, y glucosa.

Ante todo, es de absoluta necesidad fijarse en el aspecto de la orina, que debe ser transparente, de un color amarillo pálido y olor calificado ordinariamente de urinoso, pues si tiene olor de amoníaco es prueba que ha sufrido una grave alteración.

*Cantidad emitida en 24 horas.*—Aunque muy variable la cantidad, es de suma importancia relativa y de gran interés para el médico, porque le indica muchas veces el curso de la enfermedad; en el hombre puede variar entre 1,200 gramos á 1,500; en la mujer entre 1,100 á 1,200; pudiendo depender esta variabilidad, de la edad, sexo y régimen, como también de la transpiración.

*Densidad.*—Como en el caso anterior, puede variar también según la edad, sexo y régimen, pero oscilando entre 1'010 á 1'020; después de la comida puede ascender hasta 1'030; después de beber gran cantidad de líquido puede descender hasta 1'005; es condición indispensable tomar la orina de la emitida durante las 24 horas. En la mujer suele ser un poco menos densa que en el hombre.

*Reacción.*—La reacción debe ser ligeramente ácida, cuya acidez es debida al fosfato mono-sódico ( $\text{Pho, Na H,}$ ), el cual se forma por la acción de los ácidos hipúrico y úrico sobre el fosfato neutro de sosa. Puede presentar á veces (en estado normal) reacción alcalina, debida esta alcalinidad al régimen puramente vegetal, pero que después de cuatro ó cinco horas de ingeridos los alimentos pasa á ser ácida. Esto podría dar lugar á error si no se tuviera en cuenta; así es que no debe olvidarse nunca tomar la orina de la expelida en 24 horas. Para hallar su reacción haremos uso del papel de tornasol sensible.

*Albúmina.*—Para hacer su investigación, se toma la orina en las condiciones antedichas, se agita y se filtra; debe agitarse porque á veces presenta reacción alcalina, que desapa-



rece generalmente con la sola agitación, convirtiéndose en ácida; mas si persistiese la alcalinidad, debe acidularse con dos gotas de ácido acético, porque la coagulación por medio del calor no se verificaría. Haremos uso de los procedimientos siguientes:

1.º *Acción del calor.*—Se toman en un tubo de ensayo 10 gramos de orina y se añaden dos gotas de ácido acético, se calienta por medio de la llama de una lámpara de alcohol la parte superior del líquido con el objeto de que pueda verse el contraste de color; pues si contiene albúmina, dicha parte superior se vuelve blanca debido al precipitado coposo que se forma, mientras que la parte inferior conserva el color primitivo por no haber sufrido la acción del calor; se añaden después tres ó cuatro gotas de ácido nítrico, y el precipitado formado no debe desaparecer. Este dato es de mucha importancia, porque los fosfatos térreos también se precipitan por la acción del calor, pero su precipitado se redisuelve con el ácido nítrico.

2.º *Acción del ácido nítrico.*—En un tubo de ensayo se ponen tres ó cuatro gramos de ácido nítrico puro y concentrado, y con una pipetá ó un cuenta gotas se hacen resbalar por las paredes de dicho tubo otros tantos gramos de orina filtrada, con el objeto de que se formen dos capas, y en la zona de contacto se forma un anillo blanco de bordes muy marcados, debido á la albúmina precipitada. Esta reacción es muy sensible, pero debe tenerse presente que en ciertos casos la orina contiene mucha urea, y esta substancia forma también con el ácido nítrico un anillo de nitrato de urea, diferente del anterior por presentarse cristalizado. Cuando contiene alguna resina, procedente, por ejemplo, del uso de la óleo-resina de copaiba, también se forma dicho anillo, el cual, después de agitado y tratado por alcohol queda disuelto, cosa que no sucede en ninguno de los dos casos anteriores.

3.º *Acción del sulfato de sosa.*—Cuando la orina contiene poca cantidad de albúmina usaremos este procedimiento:

Se toman, en un tubo de ensayo, 10 gramos de orina y se añaden dos gotas de ácido acético; después se ponen unos cuantos gramos de una solución concentrada de sulfato sódico y se calienta, formándose el precipitado.

4.º *Acción del reactivo Tanret.*—Dicho reactivo se prepara del modo siguiente:

Ioduro potásico . . . . .	3'32 gramos
Bicloruro de mercurio . . . . .	1'35 —
Acido acético . . . . .	20 c. c.
Agua destilada, s. c. hasta formar 60 c. c.	

Se toman, en un tubo de ensayo, 10 gramos de orina y se va añadiendo reactivo hasta formar el precipitado, luego se calienta y el precipitado no debe desaparecer; dato también de importancia, porque dicho reactivo precipita las peptonas, pero éste precipitado se redisuelve por el calor. Es también un procedimiento muy bueno y muy sensible.

Para terminar la investigación de la albúmina, diré dos palabras sobre su análisis cuantitativo, ya que á veces suelen pedirlo los médicos. Se toma un filtro, y se diseca y pesa; se practica el primer procedimiento, el precipitado se recoge en dicho filtro, se lava con agua, alcohol ó éter en frío, ó sinó en caliente hasta que el precipitado resulte blanco, y se diseca á la temperatura de 110º poco más ó menos; luego se vuelve á pesar, y restando de este peso el del filtro obtendremos el de la albúmina. Resulta un método bastante largo, pero muy bueno.

*Glucosa.*—Para su investigación no usaremos más que un solo procedimiento y es, por la acción del licor de Fehling. Es necesario indagar antes si la orina tiene albúmina, y en caso afirmativo debe separarse por medio de cualquier procedimiento de los antedichos; luego se filtra y en el líquido filtrado se investiga la glucosa.

El licor de Fehling se prepara mediante las dos soluciones siguientes, las cuales deben tenerse por separado y mezclarlas al momento de practicar el análisis:



1.º	}	Sulfato de cobre puro . . . . .	34'63 gramos
		Agua destilada hasta formar . . . . .	1000' —
2.º	}	Tartrato doble de sosa y potasa . . . . .	173'4 gramos
		Sosa cáustica . . . . .	60' —
		Agua destilada hasta formar . . . . .	1000' —

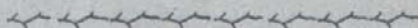
Se toman en un matraz 10 c. c. de cada una de las anteriores soluciones y se hierva (no debe enturbiarse porque si esto sucede es prueba que el líquido está mal preparado), se añade después la orina poco a poco y resbalando por las paredes del matraz, dando un precipitado amarillo, que calentado se vuelve rojo, debido a la reducción del cobre. Este procedimiento está fundado en que 20 c. c. del reactivo reducen á 0'05 gramos de glucosa.

Puede suceder que la orina contenga poca cantidad de glucosa y esté cargada de uratos; entonces no puede aplicarse directamente el licor de Fehling por presentarse enmascarada la reacción; es necesario tratarla antes ó por el *carbón animal* ó *defecarla* de la manera siguiente: Se toma en un matraz la orina y se trata por acetato de plomo, el cual precipita casi todas las sales; después se trata por carbonato sódico, el cual precipita el exceso de plomo, se filtra y lava; el líquido filtrado está entonces en buenas condiciones para tratarlo por el reactivo Fehling.

Cuando contiene fosfatos en gran cantidad, al poner el reactivo se forma un precipitado algodonoso; en este caso hay necesidad de defecarla también.

Si se pidiera el análisis cuantitativo, nada más fácil para su averiguación, poniendo la orina con una burela graduada, y teniendo en cuenta el fundamento del procedimiento, que 20 c. c. del licor reducen exactamente á 0'05 de glucosa.

Muro, 1897.



LOS APARATOS DE MARCHA  
EN LAS FRACTURAS DE LA PIERNA (\*)

POR EL

Dr. P. RECLUS

TRAD. POR

D. Gabriel Oliver y Mulet

EN 1878, en el Congreso de Cassel, Flessing presentó á sus compañeros un herido que tenía una fractura de la pierna y que 15 días después del accidente andaba con facilidad, apoyándose sobre el mismo miembro fracturado. Era esto la aurora de una verdadera revolución en el tratamiento de las fracturas de los huesos; este movimiento científico se propagó rápidamente por la Alemania, su país de origen, después invadió la Italia, la Suecia y los Estados Unidos de América y se detuvo en las fronteras francesas. En efecto, hoy á los 19 años de su primera aplicación, el método todavía no ha sido discutido en ninguna de nuestras sociedades científicas y nuestra literatura médica es de las más pobres en este concepto. No hallamos más que un artículo de Riefel y otro de Ricard y Demonliu en los dos *Tratados de Cirugia*, todavía en publicación, una nota de Poremsky publicada en la *Semaine médicale*, una tesis de 1896 inspirada á Lapeyre por nuestro colega M. Le Dentu, y una crítica de Hennequin en la *Revue d'orthopedie*. Todos estos autores son todavía hostiles al nuevo tratamiento y es preciso llegar al notable trabajo de nuestro ex-interno M. Cestan, publicado en la *Gazette des Hôpitaux* (1897, p. 465), para encontrar una apología seria de los aparatos de marcha. Hemos seguido á nuestro discípulo en este movimiento, participando de sus convicciones y deseo someter á vuestro juicio el resultado de nuestros comunes trabajos.

I

Los aparatos de marcha, los aparatos ambulatorios, como dicen los alemanes, descansan sobre un principio muy sencillo: consiste en tomar, por encima del foco de la fractura, un punto de apoyo óseo resistente para una palanca rígida—collar de madera ó de hierro—que

(\*) De la *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1897.



transmitirá al suelo el peso del cuerpo, directamente y sin obrar sobre los fragmentos óseos, aislados, por decirlo así, y sustraídos á las presiones y á los movimientos peligrosos.

El aparato que realiza esta concepción, y que M. Cestan y yo hemos adoptado, después de muchos ensayos es, en verdad, poco complicado, pero antes de describirlo, creo útil deber manifestar.—Los aparatos de marcha han sido aplicados á muy diferentes casos de enfermedades: se han aplicado en las fracturas de la pierna, en las fracturas del muslo, en las fracturas de la rótula; se ha empleado también en las osteotomías y en las resecciones tibio-tarsiana y femoro-tibial. Pero como es mi deseo no tratar mas que de los casos que he podido comprobar yo mismo, no me ocuparé de los casos de los casos de fractura del muslo y de la rótula, ni de las osteotomías, ni osteoclasias, ni de las resecciones tibio-tarsiana y femoro-tibial; trataré, únicamente, de los aparatos de marcha en las fracturas de la pierna. Es este grupo, ciertamente, de mucho el más importante; en efecto, si he de creer los datos de Cestan son 490 casos, que pueden elevarse á 500, por añadir mis observaciones personales; los aparatos de marcha para la fractura de la pierna han sido aplicados en 377, ó sea tres cuartas partes de la cifra total.

Voy á describir ahora nuestro aparato de marcha para las fracturas de la pierna. En primer lugar, se aplica una gotiera enyesada ordinaria: debe partir de los dedos del pie, el pie correctamente colocado en ángulo derecho, y subir hasta el tobillo, á tres ó cuatro traveses de dedo por debajo de la interlínea articular. Esta gotiera es muy ligera y debe ser de 6 ó 7 hojas de tarlatana á lo más. Debe aplicarse desde el primer día si no hay hinchazón ó inflamación; si la hay, hay que esperar que haya desaparecido. Esta gotiera es un aparato de contención y sostén cuya misión es la de inmovilizar los fragmentos óseos rigurosamente reducidos. Al día siguiente, se quitan las bandas que sostienen la gotiera y se aplica, entonces, el aparato de marcha propiamente dicho; es un aparato poco complicado. Se necesita, en primer lugar, una plancha de hierro ó de zinc de suficiente resistencia y á la que se le da la forma acanalada; su longitud ha de ser la necesaria para que sus brazos laterales lleguen por su extremo superior, al capitel tibial á tres ó cuatro traveses de dedo por debajo de la interlínea articular, y por su extremidad inferior prolongada en forma de suela ó plantilla sobre pasa 3 ó 4 centímetros la planta del pie. Hacen falta, además, dos contrafuertes hechos de 16 ó 18 hojas de tartatana, de unos 6 ó 7 centímetros de ancho por 25 ó 30 de largo. Se necesita, además, una venda de tarlatana espolvoreada con yeso seco, la que se baña previamente

en el momento de usarla y tenemos la manera de construir nuestro aparato de marcha.

Para aplicarlo se colocan primero los contrafuertes, previamente enyesados, y se aplican á las partes laterales de la pierna de tal manera, que su extremidad inferior apoye un poco sobre la gotiera de sostenimiento, después remonta hacia la rodilla y la parte inferior del muslo. De esta manera se forma una especie de cama de yeso en la que se amolda y se fijan las extremidades superiores de las ramas metálicas de nuestro aparato. Este es aplicado entonces por un ayudante de manera que su extremidad inferior, más larga, quede á distancia de la planta del pie unos 3 centímetros, á que sus ramas suban dejando libres los maléolos y vengan á encajar, por así decirlo, en los contrafuertes enyesados. Algunas vueltas de venda enyesada fijan y consolidan en esta posición todas las partes del aparato. Las partes libres de los contrafuertes, las que suben hacia la rodilla y el muslo, son dobladas sobre las planchas de hierro ó de zinc y fijadas también por algunas vueltas de venda de tela.

Este es el aparato, más fácil de hacer que de describir; ved si realiza los principios invocados al principio: toma hacia arriba un punto de apoyo en la cabeza de la tibia, en el capitel que forma el hueso en su extremidad superior; desde este punto las ramas metálicas transmiten al suelo, 3 centímetros por debajo de la planta del pie, el peso del cuerpo que no obra sobre la fractura aislada y, por así decirlo, suspendida y preservada de toda presión y de todo agente exterior.

## II

He aplicado ocho veces el aparato de marcha para las fracturas de la pierna en mi servicio del hospital Laënnec, pero como tres de dichos fracturados están todavía en curso de tratamiento, no daré más que el resumen breve de cinco de mis observaciones. La primera es la de un obrero de Puteaux que entró en nuestras salas por una fractura oblicua del tercio inferior de la pierna ocasionada por el golpe de una plancha de hierro. El miembro fué colocado en una gotiera enyesada común y el sexto día M. Cestan que pidió el ensayar el aparato de marcha; puso la primera gotiera el 1.º Febrero, el artefacto el 2. Desde el día 3 el herido puso el pie en el suelo, apoyado por un lado con una muleta y por el otro con un bastón. A los 40 días fué quitado el aparato y nuestro fracturado pudo ir á pie del hospital Laënnec á la calle de l' Abbaye y subir la escalera de la *Société de chirurgie*. En este sitio



mis colegas pudieron comprobar que no había ni edema maleolar ni atrofia de los músculos, ni envaramiento articular, ni dolor al nivel del punto fracturado, y únicamente algunos movimientos anormales. Hice practicar algunas sesiones de amasamiento y á los 15 días que enseñe de nuevo este enfermó á mis colegas, reconocieron que el resultado orgánico y funcional era excelente.

En el segundo caso se trataba de un hombre de 35 años, afecto de una fractura bi-maleolar grave, con inclinación del pie hacia fuera, alargamiento de la región tibio-tarsiana, baloteo articular marcado y dolores vivos. Hecha la reducción fué aplicado el aparato. El primer día dió el enfermo algunos pasos con dos bastones; á los 8 días paseaba con sólo un bastón, al principio de la tercera semana pudo ir del hospital Laënnec á la Sociedad de cirugía; deseaba lo vieran mis colegas con el aparato y quedaron asombrados de la facilidad en el andar, de la falta absoluta de dolor en la progresión en el punto fracturado. A los 40 días fué quitado el aparato; la consolidación ósea era perfecta y como en el anterior fracturado no había ni envaramiento articular, ó tendinoso, ni edema peri maleolar, ni atrofia muscular, ni dolor espontáneo ó provocado en el antiguo foco traumático. Era éste un hermoso éxito.

El tercer caso era el de un jornalero de 62 años, que se hizo también una fractura bi-maleolar al descargar un carro; había luxación del pie hacia atrás y hacia fuera y uno de sus camaradas le hizo la reducción inmediata haciendo una violenta tracción en el pie. A los primeros días fué aplicado el aparato de marcha: el herido, casi desde luego, se puso á circular por las salas, unas veces con dos bastones y otras con uno, va á los gabinetes, sube y baja la escalera, se pasea por el patio y á los 15 días lo mandé á la Sociedad de cirugía, hizo el viaje de ida y vuelta, parando, como es consiguiente, en la taberna. A los 43 días, quité el aparato y estuvo el herido completamente curado, al igual que los otros dos fracturados de las precedentes observaciones.

El cuarto caso se trataba de un carpintero de unos 30 años, que en una riña recibió un golpe con el pie, tan violento, que le fracturó los dos huesos de la pierna. Llegó al hospital con una fractura oblicua; el fragmento superior cortado en pico de flauta, formaba debajo de la piel una elevación que amenazaba perforar. Reducimos la fractura y fué aplicado el aparato de marcha. Al día siguiente, el enfermo circulaba por las salas y organizaba pruebas de carreras con el enfermo precedente. Sin embargo, á los 15 días, experimentó siempre en el mismo punto, un dolor vivo que nos obligó quitar el aparato enyesado ó de contención y pudimos comprobar la existencia de una ulceración de la

piel ocasionada por la presión de la gotiera enyesada sobre un punto de la piel. Después de 5 ó 6 días de descanso, nos disponíamos á poner otra gotiera enyesada, y el enfermo, que á espaldas nuestras y á pesar de la prohibición, había andado sin fatiga y sin sufrimiento, no quiso dejarse aprisionar de nuevo su miembro y el 10 de Junio á los 37 días del accidente, abandonó el hospital y la curación era completa.

Seré muy breve en mi quinta observación: se trata de un albañil de 25 años, que al saltar de su andamiaje, sufrió una violenta torcedura del pie, con fractura bi-maleolar. No podemos hacer más que repetir en este caso lo que ya hemos dicho en los cuatro precedentes enfermos. Diremos únicamente que el primer aparato de marcha no tenía una plancha de zinc bastante resistente para el peso del enfermo robusto y muy nutrido. Pero con otro aparato más resistente, nuestro fracturado pudo circular fácilmente por las salas y la curación fué rápida y completa.

Quiero decir dos palabras de un sexto herido aunque está actualmente encerrado en el aparato. Se trata de un telegrafista que yendo en carruaje dió un vuelco y se fracturó la pierna en el tercio medio. Dicho individuo es tan sensible, tan pusilámine, que después de la aplicación del aparato, rehusó obstinamente poner el pie en el suelo. Temía una nueva fractura y sentía vivos dolores. Por último, se decidió y ha comprobado, con satisfacción, que podía andar sin sufrimientos y ahora circula placentero por las salas.

III

Estamos ya en el caso de poder responder, vistas las observaciones á las objeciones que los adversarios del método dirigen á los aparatos de marcha. En primer lugar Hennequin nos pregunta si el nombre es usurpado y si verdaderamente es un aparato de marcha. Nos pinta el enfermo apoyado por un lado en un enfermero y por el otro en una muleta, no atreviéndose poner el pie en el suelo por la pesadez de la gotiera enyesada y por lo dolorido que debe tenerlo. Este cuadro es inexacto; he enseñado á mis enfermos que paseaban desde el segundo día por las salas, con uno ó dos bastones, y al fin del segundo septenario podía ir de Laënnec á la calle de l' Abbaye.

Hennequin tiene razón al decir que el albañil no puede coger sus paletas y que el obrero de la Halle no puede tampoco cargar sacos de harina. Pero hay trabajos menos pesados. Kraüse al cuarto día de su



fractura emprendía ya sus visitas, subía y bajaba escaleras, andaba muchas horas, lo que no le impidió estar curado y bien curado á la cuarta semana. Un enfermo de Korsch volvió de Francfort á Berlín al día siguiente de su fractura y emprendió sus ocupaciones. Ante los hechos, debemos pues, decir, que este aparato es verdaderamente un aparato de marcha.

Otra objeción: Por la influencia de los movimientos repetidos y por la presión del peso del cuerpo, los tegumentos deben ulcerarse debajo el apósito enyesado, siendo frecuentes las escaras de tal manera que el enfermo comprara la ventaja de poder andar, privilegio más aparente que real y en verdad ilusorio, por la mayor duración del tratamiento.

Es cierto que la escara de la piel es uno de los accidentes posibles y en una de nuestras observaciones, la del carpintero que recibió en una riña un golpe con el pie en la pierna, hemos observado ulceración de los tegumentos. Pero todos los apósitos enyesados, todas las gotieras posibles pueden producir este accidente, y los datos de Cestan prueban que, con los aparatos de marcha, estos accidentes no son muy frecuentes. Siempre un apósito que ulcera es un apósito mal hecho que es preciso sustituir rápidamente. Está es la única conclusión que debemos hacer y la de que el cirujano debe ejercer una minuciosa vigilancia que en todos casos es siempre necesaria.

Hay una tercera objeción que es, más importante. Los movimientos, las presiones incesantes ejercidas en el punto fracturado removerán los fragmentos y dificultarán la formación del callo de consolidación regular, retardándolo ó haciéndolo sea deforme. Cosa rara; es justamente lo contrario lo que se observa: para probarlo, no recordaré mis observaciones en las que la consolidación ósea fué verdaderamente muy rápida; se me podría objetar que los casos son poco numerosos, aunque todos tuvieran feliz éxito. Pero puedo recordar las observaciones de Cestan que son cerca de 500 casos; en estas observaciones queda demostrado que la consolidación ósea era completa diez ó veinte días antes con los aparatos de marcha que con los antiguos apósitos. No es esto todo: consolidación ósea no es del todo sinónimo de curación, y es sabido que aún después de la organización regular del callo, los músculos están atrofiados, las vainas tendinosas envaradas, las articulaciones anquilosadas, de lo que resulta una impotencia funcional que tarda mucho en desaparecer. Y con los aparatos de marcha no sucede lo mismo: no hay atrofia, no hay envaramiento, no hay anquilosis, no hay edema y la misma palabra consolidación se considera equivalente á la de curación.

Pero para ser justo es preciso reconocer que este resultado era ya un hecho en Francia, cuya conquista debemos á nuestro colega monsieur Championniere, que nos enseñó lo que hay de positivo y de peligroso en la inmovilidad absoluta en las fracturas. Para consolidar los huesos, dice este eminente cirujano, es necesario inmovilizar los fragmentos en completa adaptación; esto es exacto, pero no es más que un lado de problema, y M. Championniere nos ha demostrado que es necesario también preocuparse de la nutrición de los músculos, del movimiento de los tendones en su vaina y del movimiento de las superficies articulares. Es preciso, pues, saber amalgamar estas dos necesidades contradictorias al primer golpe de vista; inmovilizar los huesos, movilizar los músculos, los tendones y las articulaciones. Championniere obtuvo este objetivo por la movilización articular precoz y por el masaje: los aparatos de marcha nos dan por sí solos el mismo resultado y como éste se obtiene con dichos aparatos en casos en que el tratamiento de Championniere es, quizás, de un empleo más difícil, he creído debía haceros conocer este recurso terapéutico nuevo, como lo es el aparato de marcha para el tratamiento de las fracturas, dando el resumen de mis primeras observaciones.



## EMPLEO IRRACIONAL DE LOS ANTISÉPTICOS INTESTINALES

TRAD. POR

D. Antonio Marcús y Cabot.

EL 11 de Diciembre de 1895, se ocupó M. Huchard en la Soc. de Ther. (1) del asunto que indica el anterior epígrafe, y empezó afirmando que se ha hecho un empleo irracional de los antisépticos intestinales.

En ocasiones se peca por exceso. Se da el antiséptico cuando es inútil. Es el caso de aquellas hiperclorhidrias que se tratan, sin razón, por los antisépticos. El ácido clorhídrico es, por sí solo, un antiséptico suficiente, cuya acción, por ser indirecta, no es menos verdadera.

(1) *Revue internationale de Méd. et de Chir.*, 10 Enero 96.



Otras veces pécase por defecto: se prescriben tres ó cuatro gramos de benzo-naftol, cuando son precisos diez ó doce gramos.

Sea como fuere, conste que no puede medirse el valor de un anti-séptico por el solo hecho del olor de los materiales. El que unas heces sean inodoras, no prueba siempre su desinfección.

Lo que es preciso hacer en Medicina, es ver la manera de realizar lo que hacen los cirujanos que quieren substituir á la antisepsia por la asepsia; y después de hacer notar que debe esperarse poco de los anti-sépticos de la serie aromática, hace M. Huchard la historia de la enterocclisis.

Empieza por estudiar sus indicaciones; la principal está en la uremia; y después de haber definido con Bouchard la uremia diciendo que es una intoxicación de todos los venenos introducidos en el organismo y que el riñón no puede eliminar, M. Huchard, insiste también sobre la desmembración próxima del síndrome. Ha descrito ya las disneas alimenticias de origen ptomainico, que ponen al corazón en estado de hiposistolia y que abren una vía para llegar á la disnea urémica verdadera.

Sentadas las indicaciones, M. Huchard indica el manual operatorio. El lavado intestinal se hará por medio de una larga sonda esofágica en comunicación con un recipiente. Este recipiente contiene dos litros de agua salada á 40°. La cánula se introduce en el recto, y se completa la obstrucción del ano con un tapón de goma. Con tres litros de líquido, se fuerza con facilidad la válvula de Bauhien; el líquido introducido remonta hasta el intestino delgado. Con seis litros, el líquido penetra en el estómago y aún algunos autores han hecho el «tour de force» de hacer expeler por la boca, por medio de una sonda esofágica, los líquidos introducidos por el recto. Esto es un verdadero viceversa de la purgación que no ofrece ventajas.

Como un inconveniente posible de la enterocclisis, M. Huchard señala la producción de cólicos muy dolorosos.

Los resultados de este tratamiento han sido satisfactorios, y M. Huchard incluye un resumen de algunas observaciones clínicas.

En un caso, trátase de un urémico con respiración de Cheyne-Stocke, que se asfixiaba desde hacía un mes, y al que el lavado intestinal mejoró en pocos días.

En un segundo caso, érase un individuo afecto de insuficiencia urinaria con asistolia, pleuresía serosa, que la leche y la theobromina no habían aliviado.

Trátase de un convalesciente de fiebre tifoidea en el que se había presentado una parotiditis y una diarrea rebelde á todo tratamiento.

En fin, M. Huchard cita una observación de clorosis curada con el auxilio de esta medicación; y, sin adherirse á la opinión de los que quieren suponer en esta afección una enfermedad de origen intestinal, indica el gran papel de la medicación interna, papel que la enumeración de los glóbulos antes y después del empleo de la enteroclisís, vendrá probablemente á demostrar.

M. Huchard concluye insistiendo sobre este nuevo método de ansepsia intestinal que rehabilita al antiguo enema, y que provoca una diuresis segura, y tan rápida como la que se obtiene á beneficio de los medicamentos de que echamos mano cada día en terapéutica.



## REVISTA DE HIGIENE

POR EL

**Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez**

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona (\*)

SUMARIO.—Acción de las grandes alturas.—Estado actual de la incineración de los cadáveres.—Envenenamiento mortal producido por las ostras.—Uretritis colibacilar.—Acción del tabaco.—El agente bacteriano del eczema seborréico.—Epidemia de botulismo.—Sobre la formalina, el formaldehído y sus derivados (holzina y esteriforme).—Estado actual de la etiología del cáncer.—Esterilización del agua mediante el bromo.

EN el Congreso médico pan-americano han presentado los doctores Vergara Lope y Herrera una Memoria, tan extensa como detallada, sobre las *modificaciones anatómicas y fisiológicas debidas á la altitud*, resumen de una buena obra titulada *La atmósfera de las altitudes y el bienestar del hombre*; la síntesis de la Memoria se puede formular en las siguientes proposiciones: El hombre puede aclimatarse completamente en todas las altitudes. Sus humores se concentran, su respiración y circulación se aceleran, y la disminución de oxígeno es compensada por un aumento en la actividad de la hematosís. La anoxemia barométrica no existe (opinión opuesta á la de Jourdanet). Son unas las condiciones vitales en el medio interno en las diversas altitudes.

(\*) De la *Rev. de Med. y Cir. práct.*, Madrid, 25 Junio, 1897.



Habiendo indicado el Dr. Flores, del Perú, que no existe la hiperglobulia en las grandes alturas, defendida por Viault, ni en los aclimatados ni en los accidentales, y que tampoco hay cambio alguno en la hemoglobina, el Dr. Lope expone algunos hechos para poder explicar los resultados negativos del médico peruano. Las observaciones de Viault sobre el aumento de las hematíes, en la relación con la altura, han sido confirmadas por Regnard, Müntz, Egger, Wolf, Kæppe, etcétera, en distintos puntos de la tierra, como lo han sido también las de Lope, hechas en 1893. Todas ellas, realizadas con gran precisión, prueban el aumento de densidad de la sangre, la hiperglobulia y la mayor cantidad de hemoglobina, hechos que creen debidos á la pérdida de agua en las alturas.

Mas el Dr. Casillas, de Guadalajara, en otra Memoria, afirma que no hay tal pérdida de agua y sí aumento real de los glóbulos rojos, opinión que detenidamente rebate, con multitud de argumentos, el mencionado Dr. Vergara Lope.

En resumen, parece ser que el aumento de glóbulos es ficticio y que en realidad se encuentra la sangre por la pérdida del agua.

—El 10 de Abril último se verificó en París, bajo la presidencia del Dr. Bourneville, la sesión general de la «Sociedad para la propagación de la incineración».

El secretario, G. Salomón, dió cuenta de haber sido incinerados durante el año último Spencer Wells, el célebre cirujano inglés, Cernuschi y Nobel, el inventor de la dinamita. Expuso luego el estado actual de esta práctica higiénica, resultando hay: 20 crematorios en los Estados Unidos del Norte de América, pasando de 2000 las incineraciones hechas en Nueva-York; en Inglaterra tienen crematorio, Londres, Manchester, Glasgow, Liverpool y bien pronto Birmingham (hubo 202 incineraciones); en Alemania lo poseen Gotta, Hamburgo, Heidelberg y Hoffenbach cerca de Francfort, construyéndose uno en Jena y preparándose un aparato para quemar los cuerpos procedentes de los hospitales en Berlín (ha habido 2300 incineraciones); Italia ha establecido dos más, uno en Brescia y otro en Siena; en Basilea va á ser instalado otro y en Zurich iban ya quemados 296 muertos antes del 19 de Junio anterior; en Suecia existen dos, en Gottenbourg y en Stokolmo; en Copenhague se efectuaron 22 combustiones; en Austria, Bélgica y Holanda se continúa trabajando para obtener la incineración facultativa.

Bourneville expone lo hecho en París. En el cementerio del Padre Lachaise han sido realizadas 200 incineraciones á petición de las familias, 2587 hospitalarias y 1637 de embriones (4423 en total). Desde el

5 de Agosto de 1889 hasta fines de 1896, hay hechas 28,358, y desde 1.º de Enero al 31 de Marzo de este año hubo 59 á petición de las familias. La incineración de un adulto dura una hora y la de un niño media (*Le Progrès médical*, 24 Abril último).

—Refiere el Dr. Brosch en *Militärarzt* el excepcional hecho de un envenenamiento fulminante y mortal por las ostras. Un oficial austríaco come una de ellas, una de las cuales tenía mal gusto; poco después tuvo vómitos repetidos, dolor de costado y cefalalgia violenta; á la mañana siguiente confusión visual, disfagia, ptialismo y retención de orina; llamado un médico al medio día, creyó se trataba de un individuo ebrio, y notó paresia facial derecha, dilatación de la pupila del mismo lado, dificultad en la palabra, andar vacilante y atáxico; á los siete minutos, cianosis, ptosis y muerte súbita; no hubo pérdida del conocimiento: la respiración se detuvo de pronto y en seguida el corazón. No hubo fiebre.

La autopsia puso de manifiesto varias lesiones hemorrágicas en la mayoría de los órganos (focos, equimosis, extravasaciones), degeneración parenquimatosa del miocardio y del epitelio renal é infiltración grasosa del hígado. Investigación bacteriológica negativa.

Este hecho, el primero en que las ostras causan la muerte, dista mucho de esa intoxicación ordinaria, cuya característica es una articularia de rápida evolución. Los síntomas, las hemorragias y las degeneraciones, recuerdan el envenenamiento producido por el curare; se trata de la acción de las ptomatinas sobre los centros nerviosos, caso bien distinto de la intoxicación con las carnes averiadas, en la cual predominan los fenómenos gastro-entéricos bacteridianos, si bien, cuando son simplemente putrefactos, pueden producir un envenenamiento ptomatínico (*Journal de Med. et de Chir. prat.*, 25 Abril 1897).

—En la Revista extranjera de *A Medicina contemporánea* (id. id.), se refieren dos casos de uretritis debida al coli-bacilo, publicados por Yosipovice, en uno de los cuales hubo la comprobación mediante los cultivos. A los tres días del coito aparecieron los fenómenos de una uretritis aguda con reacción general; el flujo era amarillo y viscoso; la intensidad muy grande y la marcha muy aguda. No se encontró el gonococo.

—En el Congreso de las Sociedades científicas de París de los Departamentos, celebrado en la Sorbona (Abril, 1897), entre otros trabajos, hay algunos relativos á la acción del tabaco.

Grix trata de los papilomas umbilicados, confluentes y simétricos de la bóveda palatina de origen tabáquico, y acaba con las siguientes



conclusiones: hay estos papilomas; residen sólo en la cavidad artificial que se forma en la boca al aspirar el humo; éste y sus principales tóxicos parecen provocar esta proliferación en un terreno preparado por el tabaquismo crónico; la profilaxis consiste en no abusar, y mejor en no usar del tabaco.

Kohos estudia la acumulación de la nicotina en el organismo y su eliminación; aquélla se revela por síntomas variables, según la calidad del tabaco y las idiosincrasias particulares.

Decroix habla de que esta acumulación, entre otras cosas, produce lentitud en los efectos terapéuticos de los medicamentos y en la cicatrización de las heridas.

—Estudiado por el Dr. Pepperell, de Massachusset, el eczema seborréico desde el punto de vista bacteriológico (*New-York medical Journal*, 1897), ha encontrado bacilos, micrococos y constantemente diplococos; figuran entre los micrococos los estafilococos piógenos dorados y blancos; los bacilos son irregulares, largos ó cortos; de los diplococos describe detalladamente seis variedades distintas. Ha inoculado uno por uno todos estos séres, y sólo hubo cuatro hechos positivos: en uno la reproducción del padecimiento fué completa, y en los otros tres no aparecieron más que algunas fases del mismo. De los datos reunidos en unos cincuenta casos, deduce que el agente específico del eczema seborréico es un diplococo, que vive bien á la temperatura ordinaria, pero que es asimismo capaz de desarrollarse á otras más altas ó más bajas y en presencia de una pequeña cantidad de oxígeno.

—El 5 de Diciembre de 1896, varios artilleros, acuartelados en el fortín número 6, de Anvers, sufrieron, en grados diversos, transtornos morbosos (vómitos, diarrea, 39°, cólicos, midriasis, erupción cutánea); de 153 hombres hubo 76 atacados, 19 de los cuales fueron enviados al hospital. La evolución morbosa duró dos días, volviendo todos los invadidos á desempeñar su cometido. Sólo falleció un gato, que comió, como aquéllos, un embutido, único causante de las alteraciones, pues ninguno de los alimentos pudo ser considerado como nocivo.

Encargado Dineur del exámen, no observó señal alguna de putrefacción, ni aún con el microscopio; en cambio, encontró varios microorganismos: *bacillus subtilis*, en escaso número y sólo en los medios aerobios; un micrococo voluminoso, también escaso y aerobio, no patógeno para el conejo y conejito, que reputa como saprófito; *bacterium coli commune*, aerobio y anaerobio, abundante, en forma de bastoncillos movibles, de dimensiones distintas según la edad del cultivo, pro-

visto de pestañas, etc., que produjo tres variedades de colonias, tan virulento, que motivó perturbaciones y hasta la muerte en varios animales.

El autor culpa de lo ocurrido á este bacilo, y dice que pudo evitarse sometiendo uniformemente á 100° todo el embutido; no se trata de una intoxicación, como producirían las carnes alteradas, sino de una infección propiamente dicha (incubación de unas veinticuatro horas, fiebres, etc.). (*Archives médicales belges*, 1897).

—En la Sociedad de Medicina interna de Berlín (Abril de 1897), ha expuesto Rosenberg sus estudios sobre la acción bactericida de la formalina, del formaldehído y de sus derivados, que hoy constituyen el mejor desinfectante conocido.

El derivado *holzina* se evapora rápidamente, deja casi sin gérmenes la atmósfera de una habitación, mata los micro-organismos que impregnan hilos suspensos al aire libre y desinfecta muy bien los instrumentos sumergidos en ella durante quince minutos.

El derivado *esteriforme* (solución de formalina en alcohol metílico), sale con la orina, haciéndola estéril. Se compone de 5 por 100 de formalina, 10 de sal amoníaco, 20 de pepsina y lo demás lactosa. Se le puede preparar con cloro, con iodo, especialmente útil en los tuberculosos, erisipelatosos y diftéricos.

El formaldehído no es tóxico (Egli lo ha inspirado durante varias semanas á grandes dosis sin sentir molestia alguna), y, por lo mismo, es el desinfectante más oportuno para las habitaciones, vestidos, muebles, etc. Impide el desarrollo de las bacterias en solución al 1 por 100,000; más concentrado, las mata. Si se deja evaporar durante la noche una solución que contenga el 50 por 100 de mentol y un 3'50 de formaldehído en alcohol metílico, en el cuarto de un tuberculoso, disminuye la fiebre y la expectoración y los bacilos presentan una disgregación especial.

Discutiendo esta comunicación, dicen: Aronsohn, que como prueba decisiva debe darse á los animales infectos y comparar si resisten más que los no resistentes, prueba que no parece muy clara con arreglo á los experimentos de Egli; Bourghart, que no ha sido tan afortunado como Rosenberg en los tuberculosos, hasta el punto de haber tenido que suspender el tratamiento; Rarewsky, que afirma que la *holzina* es irritante para el aparato respiratorio y que los vapores producen catarros agudos.

—Roncali ha publicado (*Centralb. für. Bakter. und Parasitenkunde*, 1897), un extenso trabajo sobre el estado actual de la etiología del cáncer, cuyas conclusiones son: 1.ª, en los tumores malignos del hom-



bre y de los animales, hay en el protoplasma de las células y en la substancia intercelular, cuerpos que son independientes de las células y que morfológicamente son idénticos á los denominados coccídeos, descritos por muchos autores en las células del epiteloma y del sarcoma, y á los blastomicetos hallados en los tejidos de los animales inoculados con cultivos puros de fermentos organizados; 2.<sup>a</sup>, estos cuerpos resisten á los ácidos y á los álcalis concentrados como los blastomicetos, y sólo excepcionalmente existen en otros procesos morbosos; 3.<sup>a</sup>, en los neoplasmas humanos los hay en la periferia, en donde el tumor está en vías de progreso y en el interior sólo hay formas degenerativas; los cultivos revelan se trata de blastomicetos, que inoculados, reproducen en los animales las formas de inclusión que se observa en los tumores; 4.<sup>a</sup>, estos cuerpos dan la reacción de la celulosa, como los blastomicetos desarrollados por la inoculación de los cultivos; 5.<sup>a</sup>, inoculados estos blastomicetos, los efectos varían según las especies, siendo menos susceptibles los mamíferos superiores; en éstos, producen un foco aislado en el punto de la inoculación, que se distribuye como el neoplasma humano, y en los inferiores determinan una infección general; 6.<sup>a</sup>, algunos blastomicetos son capaces de reproducir verdaderas lesiones neoplásicas, no inflamatorias. Sanfelice ha observado en los perros una verdadera neoformación *in situ*, transportada por la vía linfática á varios órganos, que produjo caquexia y mató al animal; el mismo autor inoculó un cultivo puro de blastomicetos en la mama de una perra y determinó una neoplasia de naturaleza epitelial.

De todos modos, Roncali dice con razón que la cuestión de la naturaleza infecta del cáncer no podrá ser resuelta en sentido afirmativo hasta que se consiga con blastomicetos aislados de un neoplasma de una determinada especie animal, reproducir el mismo neoplasma en un animal de la misma especie.

—Para esterilizar el agua potable (dejando de lado la valía de los filtros verdad y la bondad del agua de los pozos artesianos), Schumburg, Director del Laboratorio de Higiene y de Química de Berlín, dice (*Deutsche med. Woch.*, 1897), que todos los cuerpos químicos aconsejados, obren por precipitación ó como bactericidas, no actúan con rapidez y suelen ser negativos los resultados.

El único cuerpo que escapa de este anatema general, es el agua bromada, que, en cinco minutos, mata casi todas las bacterias y todos los gérmenes patógenos del agua, y que en otros cinco pueden ser inofensiva mediante el amoníaco, resultando un agua límpida y sin sabor, pues se forma hipobromito de amoníaco y luego bromuro de amó-

nico. Sólo hay que emplear 0'06 gramos de bromo por litro de agua. El autor emplea una solución de bromuro potásico bromurada, análoga á la de Lugol, al 20 por 100 (agua, 100; bromuro potásico, 20; bromo, 20). Dos centímetros de esta solución esterilizan en cinco minutos un litro de agua de Spree, quedando sólo algunas bacterias muy ávidas del oxígeno é inofensivas. Si el agua es muy calcárea ó esta muy contaminada, hay que proceder con cuidado, pues la cal ó el amoníaco precipitan parte del bromo antes que obre como desinfectante; hay que añadir bromo hasta producir un tinte amarillo que persista medio minuto á lo menos. Del amoníaco se ha de usar otros dos centímetros cúbicos al 9 por 100. Estas cantidades deben ser muy precisas, y si se pone más bromo, hay que añadir más amoníaco, por más que no sean notadas pequeñas cantidades libres de uno ú otro cuerpo.

El agua así tratada tiene casi el mismo gusto que la normal, es clara y tiene tan poco bromuro (unos 0'15 gramos por litro: 0'08 de bromo) que no influye ni en el gusto ni en la salud.

Con 1 kilogramo de bromo, que vale de 6'25 á 7'50 francos, se puede desinfectar 16.000 litros de agua.

El autor ha hecho más de 200 experimentos con el agua del Spree y se ha valido de los micro-organismos patógenos más ordinarios.





REVISTA DE PEDIATRÍA (\*)

I

**P**ERÍODO AGUDO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL UNILATERAL.— El Dr. Muratof, refiere (Soc. Pediátrica de Moscou, ses. 22 En. 97) tres casos de afección calificada de inflamación primitiva del cerebro, por Strumpell. Un niño de cinco años, al que después de una enfermedad infectiva se había desarrollado de repente una hemiplegia derecha, presenta ahora parálisis de las extremidades derechas y del facial, disminución de la sensibilidad, vista y oído del mismo lado, incapacidad de hablar y cierto atraso en el desarrollo intelectual. Otro niño de seis años presenta la hemiplegia común izquierda con afección del habla y de los órganos de los sentidos; la sensibilidad general y la muscular menguadas; enfermó de la afección cerebral aguda quince días después de sanar de una tifoidea. En el tercer caso se trata de un niño de dos años nacido á beneficio del forceps y en estado de asfixia. La parálisis de las extremidades derechas, se notó tan sólo cuando el niño empezó á hacer tentativas de andar y menear los brazos; la movilidad mejoró gradualmente; la actividad psíquica es normal. Este caso pertenece á las parálisis tocológicas que se distinguen de las adquiridas por la anamnesia, y de la enfermedad de Little por falta de trastornos del embarazo y de afecciones intra-uterinas. El conferenciante propone la siguiente modificación en la clasificación de Sachs: Las parálisis infantiles se dividen en: 1.º, congénitas, dependientes de una afección intra-uterina del feto por anomalías del embarazo á consecuencia de enfermedad de los padres ó extenuación de la madre (enfermedad de Little); 2.º, parálisis por lesión cerebral durante el parto anormal (parálisis tóxica de Gowers); 3.º, parálisis sobrevenidas después del nacimiento, lesiones cerebrales adquiridas: a) alteración hereditaria de los vasos cerebrales que se manifiesta muy pronto por hemorragias. La enfermedad empieza en los primeros meses de la vida con ataques de convulsiones generales seguidos de hemiplegia (ateromatosis, émbolos locales y metastáticos, derrames sanguíneos); b) lesiones de los vasos á consecuencia de enfermedades infectivas; c) las rarísimas formas de encefalitis infectiva (forma de Strumpell).—(Wrach).

(\*) De varios números de los *Anal. de Obst. Gin. y Ped.*, tomamos las materias de esta Revista.

PARÁLISIS BULBAR CONGÉNITA. — El Dr. Alexeyef, presenta (Sociedad Ped. de Moscou, ses. 28 Oct. 1896) un niño de cinco años, ingresado en el hospital de San Wadimiro, por no aprender á hablar y por no deglutir bien, volviendo los líquidos á salir de la boca y tragándose los sólidos con ayuda de los dedos. De la boca, constantemente medio abierta, mana saliva en cantidad considerable, sobre todo cuando el niño se agita es incapaz de mover adelante, hacia la faringe, un pedacito de pan cocido entre los labios ó colocado entre un carrillo y los dientes. La lengua es más delgada y más estrecha que normalmente y se halla impedida en sus movimientos hacia adelante y los lados. El niño no dice una palabra, pero en lo demás no se nota gran diferencia de lo normal. Se trata, pues, de una afección de los músculos inervados por el sub-lingual ó hipogloso, el facial y filetes motores del trigémino. Todos los fenómenos morbosos dependerán de alteraciones del bulbo en la parte donde radican los núcleos de los mencionados nervios. La particularidad del caso, consiste en que todas las alteraciones son congénitas; la causa puede ser una pequeña hemorragia.

El Dr. Muratof, dice que indudablemente se trata de una parálisis nuclear, con toda probabilidad de los núcleos del décimo y duodécimo par, situados uno al lado del otro, sobre el ángulo de la fosa romboide. Fácilmente se excluyen las afecciones periféricas, las lesiones de la cara anterior del bulbo y la forma pseudo-bulbar. El carácter congénito del mal, hace verosímil que se trata de un derrame en la parte mencionada; es posible que además de la parálisis bulbar, existan trastornos que no se manifiestan aún. El caso es especialmente interesante, porque extiende el concepto de la enfermedad de Little, sobre algunas formas de la parálisis bulbar. — (*Wrack*).

TUBERCULOSIS CONGÉNITA. — El Dr. Ustinof, refiere (Soc. Ped. de Moscou, ses. 18 Nov. 96) que una niña recién-nacida, y traída á la Maternidad por la policía, pesaba 3,060 gramos, era icterica y parecia muy débil, falleció á las tres semanas, sin que su temperatura subiera á más de 36°5. En la autopsia se encontró el hígado afectado de tuberculosis en toda su extensión; en la entrada había un conglomerado de ganglios tuberculosos de volumen de una nuez. En el pulmón había pocos tubérculos, unos aislados se hallaron en el paladar blando. El



bazo era abultado, consistente, de aspecto mármreo, gracias á la multitud de tubérculos. En el cerebro, ojos y huesos, no se encontraron tubérculos. En todos había multitud de bacilos. El predominio de los tubérculos en el hígado y el bazo, debe considerarse como prueba del carácter congénito de la enfermedad; ésta implica una lesión de la red vascular placentaria, acaso la proliferación de granulaciones tuberculosas en las vellosidades. Siendo rara la tuberculosis de la placenta, no es extraño que también lo sea la tuberculosis congénita. En los niños de pecho tuberculosos en que se halla afectado el hígado ó los tubérculos de éste son más recientes que los de otros órganos, no es verosímil la infección de la placenta.—(*Wrach*).

#### IV

PROCIDENCIA DE LA MUCOSA URETRAL EN UNA NIÑA.—El doctor Savanevsky (Soc. Ped. de Moscou, ses. 16 Dic, 96) relata que en una niña de seis años se presentó de repente una fuerte hemorragia de las partes sexuales, repitiéndose después varias veces; al mismo tiempo se notó que salía un tumor rojo, del volumen de una nuez. En la exploración se vió que en el centro del tumor había un orificio que conducía á la vejiga y que se trataba simplemente de la salida de la mucosa de la uretra, no habiendo ninguna otra alteración ni quejándose la niña de nada. Se hizo la ablación del tumor, y la hemorragia no volvió durante el mes que la niña continuó en el hospital.

La Dr. Rabinovich hace constar que ha visto dos casos de prolapso de la uretra, uno en la clínica de Winkel, tratándose de una niña con un cálculo en la vejiga, y el otro en una joven durante durante su primer embarazo. Se hizo la excisión de la parte prolapsada.—(*Dietskaya Medicina*).

#### V

BACTERIURIA.—El Dr. Morkornikof (Soc. Ped. de Moscou, ses. 16 Dic. 96) observó en un niño de quince meses extenuado por larga diarrea, con edema de las extremidades, que orinaba á menudo un líquido pálido que al poco rato se enturbiaba y olía mal, de 1,003 gramos de peso específico, de reacción neutra en la porción de veinticuatro horas. El poso era insignificante, tanto el espontáneo como el obtenido con la centrífuga; mas la turbidez no desaparecía ni por filtración doble; albúmina no había. Con el microscopio no se descubren cilindros ni epitelios. Las siembras en varios medios nutritivos dan cultivos puros de

un bacilo corto, distinto del común del colon; líquida la gelatina, no coagula la leche ni desarrolla olor alguno en el caldo; vegeta miserablemente en el suero sanguíneo. No tratándose de cistitis, el conferenciante califica el caso de bacteriuria, y después de hacer una reseña de lo que se sabe sobre esta afección, declara que para el diagnóstico no hacen falta cultivos, bastando la investigación microscópica.

El profesor Filatof hace constar que según su experiencia, los casos de bacteriuria se observan más á menudo en los niños de dos á tres años afectados de diarrea. — (*Dietskaya Medicina*).

## VI

MIXEDEMA CONGÉNITO EN UNA NIÑA DE DOS AÑOS.—El doctor Kisel refiere (Soc. Ped. de Moscou, ses. 24 Marzo 97) que en Julio del año pasado ingresó en el Hospital de Santa Olga, una niña de dos años y tres meses, hija de padres sanos, que desde luego notaron que la recién-nacida parecia toda abotagada. Durante el primer año, hubo frecuentes trastornos de la digestión, falta de apetito y dificultad respiratoria; á los dieciseis meses empezó á sentarse, á los veinticuatro salió el primer diente, tomó el pecho hasta los veintiseis meses, intelectualmente está muy atrasada, no habla y casi no conoce siquiera á su madre, cuyos otros hijos son normales. La niña presentaba á la exploración el aspecto de un tronco corto y grueso con las extremidades relativamente pequeñas, pániculo adiposo abundante formando profundos pliegues en el cuello y las extremidades y como gibosidades en la espalda; la piel, un tanto seca y pálida, se escama en algunos puntos, pero no deja hoyos á la depresión. Las mucosas son pálidas. Cabellera bastante copiosa. Los párpados algo tumefactos, sobresaliendo en forma de rodetes; los labios gruesos, las encías hiperémicas, fofas, estumecidas; la lengua algo engrosada, pero sin salir; la glándula tiroides impalpable. Los órganos internos normales; el pulso regular y fácil de palpar. Peso del cuerpo, 10'7 kilogramos.

La exploración neurológica hecha por el Dr. Muratof, reveló que la niña tenía el conocimiento poco desarrollado, poco interés por lo que la rodeaba, los movimientos eran flojos, la sensibilidad intacta en todos sus aspectos, los reflejos normales, los nervios cerebrales sin alteración, la voz áspera, no habla absolutamente nada. La excitabilidad farádica disminuída en los puntos en que era más pronunciado el mixe-dema. Se administraron pastillas de tiroides seca de ternera dos al día, continuando este tratamiento con breve interrupción por un ataque de difteria, hasta Febrero de este año, descendiendo el peso de la niña



tan sólo á 10'3 kilogramos. No se administraron mayores dosis del remedio en vista de la propensión de la enferma á desarreglos digestivos. En total, consumió 237 pastillas, manifestándose el efecto claramente en el aspecto exterior de la niña; era menos gorda, los pliegues cutáneos habían desaparecido, el semblante era más inteligente y parecía se interesaba más por lo que veía; pero no hablaba aún, ni dominaba sus esfínteres, ni podía tenerse de pie. La enferma murió el 3 de Febrero con fenómenos de parálisis cardíaca. En la autopsia, se encontró edema de la meninge blanda y del cerebro, pncumonía lobulillar aguda, hipertrofia aguda del bazo, y degeneración grasosa del músculo cardíaco como causas de la muerte. No se encontró ningún indicio de la glándula tiroidea; en cambio, el timo presentaba 7 centímetros de largo, 6 de ancho y 1 de grueso.

El conferenciante llamó la atención sobre el hecho de la autopsia de los adultos mixedematosos, se hallan diversas alteraciones de la glándula tiroidea, al paso que en los niños esta glándula falta del todo; por esto no es extraño que sea diferente el resultado del mismo tratamiento en los niños y en los adultos.

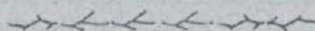
## VII

MENINGITIS BASAL.—El Dr. Istomin, refiere (Soc. cit.) que el 7 de Febrero ingresó en la Clínica una niña de dos años y tres meses por su estado febril, cierta debilidad y la imposibilidad de abrir el ojo izquierdo. Había tenido sarampión y fiebre intermitente; pero ahora se hallaba bien nutrida y desarrollada. La enfermedad había empezado el 21 del mes anterior, con calentura y dolor en la garganta, encontrándose la niña, por lo demás, buena, y sólo el 1.º de Febrero quedó en cama por sentirse débil y sin apetito; el 6 dejó de abrir el ojo izquierdo. En la Clínica se incorpora libremente; el signo de Trousseau está débilmente expresado; el abdomen ligeramente hinchado; continúa el estreñimiento; la reacción de Ehrlich no se obtiene; pulso regular 108. con una temperatura de 38º9; conocimiento claro; toma interés en lo que la rodea; no se queja de dolores de cabeza; el párpado izquierdo péndulo; el ojo casi inmóvil; pupila muy dilatada, sin reaccionar á la luz; deglución enteramente libre; la paciente dobla el cuello sin dificultad y mueve las extremidades normalmente.

Desde el 12, el conocimiento ya no es del todo claro; de cuando en cuando, movimientos convulsivos en los brazos; el 16, pérdida completa del conocimiento; el 17, muerte. En la autopsia se halla en la meninge blanda de la base del cerebro un exudado amarillento gela-

tinoso; á lo largo de las fosas silvianas se perciben tubérculos recientes; no se descubre hidropesía de los ventrículos; en la superficie convexa del cerebro hay focos caseosos. En el resto del cuerpo se halla afección tuberculosa, tan sólo en el vértice pulmonar derecho. En este caso, pues, la inflamación tuberculosa de las meninges cerebrales, dejó de producir los fenómenos usuales del enflaquecimiento, irregularidad y lentitud del pulso, anomalía respiratoria, cefalalgia pronunciada y depresión navicular del abdomen.—(*Wrack*).

G. Sentión



## REVISTA BIBLIOGRÁFICA

*Hemorragias ligadas á la inserción viciosa de la placenta: su patogenia y tratamiento.*  
Tesis del Doctorado, por D. BRUNO MAYOL MIR. Barcelona, Tipo-litografía de S. Vendrell, 1897.

Es indudable que la inserción placentaria en el segmento inferior del útero es—como dice Nøgele—uno de los fenómenos más funestos de la Naturaleza, y la hemorragia que determina al iniciarse el parto, ó peor todavía, en el último tercio del embarazo, es uno de los accidentes más graves que se presentan en la práctica obstétrica; y esto explica la predilección de los tocólogos al estudio de la patogenia de esta hemorragia, para deducir el método terapéutico más eficaz y que mayores garantías ofrezca de salvar, no sólo á la mujer, sino también al producto de la concepción.

Aunque mucho se ha adelantado en este terreno, los más renombrados tocólogos distan todavía de estar acordes respecto á uno y otro punto, sinó que las opiniones andan bastante divididas entre varias de las teorías patogénicas que se han emitido, cuyos adeptos pretenden convertir en *método clásico* el procedimiento terapéutico derivado de cada una de ellas. Y es que en esta hemorragia ocurre una cosa igual ó muy parecida que en la eclampsia: que no hay tal *tratamiento clásico* aplicable á todos los casos, ni siquiera á la mayoría de ellos; sólo la rápida evacuación del útero ofrece garantías de salvar las dos vidas, y cuando ésta no es factible ó su práctica envuelve algún peligro, todos los procedimientos aconsejados, aisladamente ó combinados, pueden



ser utilizables con más ó menos ventaja, según los casos y las circunstancias.

De lo expuesto se deduce la importancia del tema escogido por el Sr. Mayol Mir.

Para su desarrollo, divide el trabajo en dos partes, haciendo en la primera una sucinta reseña histórica de los procedimientos seguidos desde Guillemaux que, al practicar el parto forzado, estableció el primer método que, con ligeras variantes, usaron todos los tocólogos hasta que Puzos, á mediados del siglo XVIII, opuso á tan funesta práctica su método sencillísimo, que consistía en la rotura de las membranas. Algunos años después Rigby preconiza la versión podálica, y Leroux el taponamiento vaginal, y últimamente Simpson recomienda la desinserción de la placenta. Termina esta parte exponiendo las teorías de Jacquemier, Depaul, Barnes, Dunca n, Schraeder y Pinard.

Empieza la segunda parte con un estudio crítico de estas diversas teorías, exponiendo al efecto las explicaciones de Bandl y Pinard acerca la formación del segmento inferior de la matriz, y declarándose á favor de la de este último, por entender que es la que mejor explica el mecanismo de la hemorragia,

Analiza luego los tratamientos que se han seguido y recomendado contra este grave accidente, empezando por el parto forzado, que rechaza en absoluto, calificando su práctica de brutal; tampoco considera aceptables el método de Simpson, la administración del cornezuelo, ni las inyecciones vaginales astringentes propuestas por algunos médicos. Restan cuatro procedimientos, cada uno de los cuales cuenta con defensores de valía: el de Leroux (taponamiento vaginal); el de Rigby, modificado por Braxton-Hicks (versión podálica); el de Barnes; y el de Puzos (ruptura de las membranas), modificado por Pinard y completado por Champetier de Ribes.

Después de estudiar detenidamente la manera de obrar de cada uno, mecánica y fisiológicamente, y enumerar las ventajas é inconvenientes que les conceptúa, fundándose en datos estadísticos se manifiesta partidario decidido del último; pues «La introducción de un globo inextensible de Champetier en el interior del huevo — dice — es de práctica fácil y susceptible de llevarse á cabo en todos sitios y en todas circunstancias; es el único procedimiento que nos convierte en verdaderos dueños de la hemorragia, sin exponer en lo más mínimo la vida tan amenazada del infante.

»Con él podemos á voluntad acelerar el parto con sólo retirar é introducir sucesivamente una cantidad de líquido en el aparato, puesto que procediendo así, lo que buscamos es la sustitución de un diámetro

mayor en la porción del globo que se halla en contacto con el cuello uterino; además, podemos con dicho globo aumentar ó disminuir según las circunstancias, la energía de las contracciones uterinas».

Muchas veces no es en la práctica tan factible como el Sr. Mayol supone el contener la hemorragia, y como consecuencia de la enorme pérdida sanguínea sobreviene un estado anémico gravísimo, que pone en inminente peligro la vida de la mujer si no se le ataja desde luego con energía; y tanto es así, que comprendiéndolo el mismo autor—á pesar del optimismo que revelan los párrafos transcritos—estudia á continuación los medios de corregir este alarmante fenómeno, recomendando al efecto con toda preferencia las inyecciones subcutáneas de suero artificial, preparado según la fórmula de Cheron, y mejor aún, á su entender, con el de Hayem, pudiendo utilizarse caso de no tener á mano los medios de prepararlos—el agua hervida en la cual se haya disuelto una cucharada grande de sal común por litro; y si este medio resultara insuficiente, aconseja echar mano de las inyecciones intra-venosas de suero artificial á dosis masivas; remedio heróico del que Lejars y Maygrier han obtenido últimamente magníficos resultados, y cuya práctica se apoya en los siguientes principios, formulados por Horrocks:

«1.º Cuando una mujer sucumbe por hemorragia grave, queda todavía en su interior cantidad de sangre suficiente para ser llamada otra vez á la vida.

»2.º La mitad del volumen total de sangre, puede llenar las mismas funciones que el volumen normal, si la rapidez de su movimiento es doble.

»3.º La muerte por hemorragia sobreviene por el corazón á causa de la caída de la presión sanguínea.

»Y 4.º Esta presión puede aumentarse por la transfusión de una cantidad de líquido igual á la de la sangre perdida».

Hecho este estudio analítico, el Sr. Mayol Mir sienta su criterio, resumiéndolo en las siguientes conclusiones:

1.ª La teoría patogénica de Pinard es la que más completa explicación nos da de los fenómenos causados por la inserción viciosa de la placenta.

2.ª En las hemorragias debidas á la llamada *placenta previa*, la sangre puede venir no tan sólo de los senos útero-placentarios abiertos de la parte del útero, si que también del seno circular desgarrado por el hecho de la desinserción parcial de la placenta.

3.ª El taponamiento vaginal resulta ser en la actualidad un medio anticuado, poco eficaz y expuesto á peligros; debiendo reservarlo, por



lo tanto, para los excepcionales casos en que no nos sea posible poner otro mejor en práctica.

4.<sup>a</sup> El ingenioso procedimiento preconizado por Braxton-Hicks debe solamente usarse cuando desconfiemos de salvar la vida del infante, ya por lo grave de la situación, ó ya por la corta fecha del embarazo, debiendo limitar nuestra atención tan sólo á la madre.

5.<sup>a</sup> El procedimiento de elección por excelencia es el de Puzos, modificado por Pinard; completándolo, siempre que necesario sea, por la aplicación del globo inextensible de Champetier de Ribes.

6.<sup>a</sup> y última. En los casos inminentemente graves de anemia supra-aguda en que quedan agotados ya todos los recursos, no debemos titubear un solo momento en poner en práctica las inyecciones intravenosas de suero artificial á dosis masivas.

Termina el trabajo con dos observaciones clínicas personales, y un índice bibliográfico, á manera de apéndice.

\*  
\* \*

Es indudable que la aplicación del globo de Champetier, previa la ruptura de las membranas, constituye en la actualidad el mejor procedimiento contra las hemorragias *por* inserción viciosa de la placenta, siempre que sea practicable; pero, ¿es susceptible de llevarse á cabo en todas circunstancias, como afirma el Sr. Mayol en uno de los párrafos transcritos? Lástima que tan bella perspectiva no se vea confirmada en la práctica! Desgraciadamente, empero, resulta inaplicable en los casos—*que no son excepcionales*, sinó los más frecuentes—en que la hemorragia se presenta al final del embarazo, ó en el período inicial del parto cuando todavía no ha empezado la dilatación, en los cuales hay que apelar al taponamiento ó á otros medios menos seguros impuestos por las circunstancias. Por esto dije antes, y repito ahora, que *todos los procedimientos aconsejados, aisladamente ó combinados, pueden ser utilizables con más ó menos ventaja, según los casos y las circunstancias.*

Otra observación se me ocurre que, por conceptuarla de gran trascendencia, no puedo dejar de consignar, y es referente á las inyecciones vaginales *post-partum*, de las que el autor parece ser gran partidario, según se desprende de las dos historias clínicas insertas al final de su Memoria.

En obstetricia y en ginecología, como en cirugía general, obsérvase una especie de manía de intervención: así vemos aplicar frecuentemente, de un modo irreflexivo, procedimientos que, cuando no perju-

diciales, son al menos inútiles y siempre molestos. ¡Cuando no se ha abusado, por ejemplo, del raspado del útero para combatir simples endometritis, fácilmente curables por el método antiséptico mixto de Doléris y Vulliet!

Pero, indudablemente en ningún punto se ha llevado la exageración al extremo que se abusa de la antisepsia, olvidando el sabio precepto de su ilustre inventor, que «una herida debe dejarse quieta, sola, tranquila»; y como una puérpera es una herida, cuya región lesionada es el aparato genital, las irrigaciones vaginales, inocentes y á veces útiles hechas con pericia antes y durante el parto, son decididamente inconvenientes después del mismo cuando la marcha del puerperio es normal, por más que Tarnier sostenga lo contrario.

«Una zona traumatizada por el parto, cual lo es el aparato genital — dice el Dr. Fargas —, que no está infectada por contagio, ni suficientemente traumatizada para originar la auto-infección, nada puede ganar con las irrigaciones que, si son de líquidos inocentes, tendrán cuando menos los inconvenientes de un agente mecánico que lleva agitación y disturbios en donde se necesita calma y reposo para que se repongan los elementos y funciones que más hayan sufrido; y si á la acción mecánica unimos la química de los antisépticos, tendremos que sumar á aquellos inconvenientes, los que resultan de los efectos de los antisépticos, sobre la vitalidad de los elementos anatómicos; y de que estos inconvenientes existen y son por todos reconocidos, tenemos la prueba en el hecho de que los más acérrimos partidarios de la antisepsia preventiva en todos los casos, cambian de agente microbicida á cada momento, aumentando la lista ya interminable, en busca del agente ideal, todavía por descubrir, que posea las ventajas y ninguno de los inconvenientes.»

«Si esto digo de las irrigaciones vaginales, ¿qué no diré de las intrauterinas? Afortunadamente, hoy ya casi no hay tocólogo que las recomiende como medida profiláctica en un parto normal. Esta práctica está juzgada, y ni teórica ni prácticamente tiene fundamento, y debe calificarse de verdadero desatino clínico. Adviértase que me refiero á las irrigaciones intrauterinas como medida profiláctica de la infección puerperal, pues no quisiera que alguien hiciera extensivo el razonamiento y me creyese contrario de dicho recurso terapéutico: por el contrario, lo considero como un medio precioso; pero como todo agente terapéutico realmente eficaz, cuando no está indicado resulta peligroso».

«Por manera, que para prevenir la autoinfección en un parto normal y en una mujer sana, con saber no hacer nada cumplimos perfecta



y sabiamente con las rigurosas exigencias de la ciencia y aun de la práctica modernas...»

Enteramente conforme con los principios transcritos, entiendo, como el Sr. Fargas, que:

Siendo falaz el poder de los antisépticos y real y positiva la resistencia contra la autoinfección del aparato genital en buenas condiciones, hemos de respetar y favorecer esta última sin despreciar el primero, en quien haríamos mal de reconocer un poder supremo y haremos bien en ver un medio auxiliar, empleado oportuna y sabiamente.

Los medios antisépticos propuestos por los autores para prevenir la infección, son todos aceptables cuando la indicación existe; todos peligrosos erigidos en método general.

Debe considerarse á la parturiente como á un operado: antes de la operación (parto) y durante la misma hágase porque no se infecte el campo operatorio y quede en condiciones abonadas de reintegración; después de la operación (parto) tengamos con el aparato genital de la mujer los mismos miramientos que tiene el cirujano para el muñón de una amputación de muslo ó para un abdomen laparatomizado: no toquemos el aparato genital de la mujer púérpera sin indicación (1).

Hechas estas ligeras observaciones acerca los dos puntos en cuya apreciación disiento algo del autor, réstame sólo felicitarle por haber compilado en pocas páginas las teorías patogénicas emitidas y principales procedimientos terapéuticos recomendados en las hemorragias por *placenta prævia*, estudiándolos y clasificándolos con criterio sano é independiente; trabajo cuyo mejor elogio queda hecho con decir que fué calificado de sobresaliente por el tribunal que hubo de juzgarlo.

G. Serra y B.



---

(1) FARGAS: Profilaxis de la infección puerperal. (*Rev. de Cienc. Méd. de Barcelona*), 25 mayo de 1897.

## MISCELANEA

VACUNACIÓN OBLIGATORIA.—El Dr. Iglesias, Secretario de la Real Academia de Medicina de Madrid, el día 26 de Mayo último presentó en el Senado, con el beneplácito del Gobierno, una *Proposición de Ley* pidiendo la vacunación y revacunación obligatorias.

CONTRA LOS ANTIVACUNISTAS.—Durante la última semana de Mayo, los tribunales ingleses han condenado á 447 padres de familia pertenecientes á la *Liga de antivacunistas*, por haber sustraído sus hijos á la ley sobre la vacunación obligatoria.

Así es como se evitan en Inglaterra las epidemias de la horrible viruela.

LOS QUE MUEREN EN PALMA.—Durante el mes de Junio último han fallecido 88 individuos, y de éstos sólo tres á consecuencia de enfermedades infecciosas.

En el mismo período se registraron 122 nacimientos, resultando un aumento de población de 34 habitantes,

La viruela ha causado dos defunciones.

DELEGADO DEL COLEGIO EN MOSCOU.—En vista de la atenta invitación hecha por el Prof. J. F. Klein al COLEGIO MÉDICO-FARMACÉUTICO DE PALMA, esta Sociedad ha nombrado al Dr. D. Bartolomé Robert Yarzabal para que la represente en el XII Congreso internacional de Medicina que ha de celebrarse este mes en Moscou.

El Dr. Robert salió de Barcelona para Rusia, el día 3 del actual.

