



BOLETIN MENSUAL

TECNICA DE LAS INYECCIONES INTRAVENOSAS. DE SALES MERCURIALES SOLUBLES

La administración del Hg. por la vía intra-muscular es cosa corriente; pocos médicos habrán dejado de poner en práctica estas inyecciones que casi puede decirse son el *pan nuestro* de todos los días.

Partidarios unos de los compuestos insolubles (aceite gris, colomeanos, etc.) y convencidos otros de la superioridad de las sales solubles; pregonan ambos sus buenos efectos, colocando en segundo término las fricciones, las pildoras, etc., etc.

VENTAJAS DE ESTAS INYECCIONES.—Constituyen hoy día las intravenosas, la última palabra y estoy seguro que los oftalmólogos han contribuido en gran manera á su generalización. Por una parte la comodidad de su empleo, y por otra el máximo de efecto terapéutico en un tiempo relativamente corto, las hace preferibles.

No se puede negar que imponen más el enfermo y hasta al médico —porqué no confesarlo—; teniendo en cuenta que la mayoría de compañeros que ejercen en localidades algo apartadas de los grandes centros, no las han visto practicar, se comprende la razón de ello.

PLAN DE ESTE TRABAJO.—En el presente estudio no voy á comparar los efectos que se obtienen con unas y otras, tampoco citaré opiniones ni hechos que llevados á la práctica de poco sirven; quiero exponer

tán solo de un modo práctico la técnica de estas inyecciones á fin de estimular á los demas compañeros que, temerosos de alguna contingencia desagradable, no las han puesto en práctica.

PRACTICADAS CON CUIDADO NO OFRECEN PELIGRO ALGUNO.—Por lo que á mi se refiere, no estará de más advertir que entre los casos que he visto y los que llevo practicados, no he observado jamas complicación ni accidente de ninguna clase.

INDICACIONES.—Huelga nombrar sus indicaciones; bastemé indicar que siempre que se crean convenientes las inyecciones de sales mercuriales puede elegirse la via intravenosa.

FÓRMULAS.—La sal de Hg. que he usado casi siempre ha sido el *cianuro*.

He aqui la fórmula:

	Cianuro Hg.	0'50 gr.
CIANURO DE HG.	Sol. de suero fisiológico al 7 por 1000.	} 100 gr.
	dis y filtr.	

La siguiente de Darier es tambien excelente:

Cianuro Hg..	33 centigs.
Cloruro sodico.	8 »
Fosfato sodico.	7 »
Agua destilada esteril.	100 gr.
	dis y filtr.

ENESOL.—Se ha recomendado mucho la solución de enesol (salicilarsinato de Hg.) al 3 %. Yo lo he utilizado en inyecciones sub-juntivales é intramusculares con muy buenos resultados.

PREPARACIÓN DE LAS SOLUCIONES.—Estas soluciones creo conveniente se las prepare uno mismo; las ventajas de hacerlo así son muchas y los inconvenientes se reducen á las molestias que ocasiona su preparación.

A modo de ejemplo citaré mi manera de proceder:

ESTERILIZACIÓN DEL FRASCO.—Se hierva durante unos 4 ó 5 minutos en agua destilada, un frasquito ó botellita, con el tapón esmerilado, de 5 gramos de cábida.

ESTERILIZACIÓN DE LA SOLUCIÓN.—En una capsulita de porcelana ó de níquel (no de aluminio, que es atacado por las sales de Hg.) se hace hervir la cantidad suficiente de solución mercurial para llenar la botellita que acabamos de esterilizar y que colocamos á su vez dentro otro frasco mayor, con el tapon tambien esmerilado.

Se rotula: *Inyecciones intravenosas. Sol de Cy. Hg. 1 × 200. Inyectar 2 ó 3 c. c.*—Como la cantidad de líquido es poca y se gasta en un par de dias, no llega á alterarse.

Esto es algo engorroso, lo comprendo, pero todo es cuestión de costumbre.

De todos modos lo creo preferible, el empleo de los tubitos esterilizados (?) de cuya confección y procedencia ha de estar el médico, muy seguro.

Por otra parte el compañero rural muchas veces no puede procurarse los inyectables, de confianza de que dispone el médico de un capital; por esto creo de alguna utilidad los medios que acabo de indicar.

INSTRUMENTAL.—El instrumental es bien sencillo: Una jeringuilla de cristal, Lüer ó de Lieberg de 1 á 2 gramos, sin tope ni cadeneta para evitar la caída del émbolo (todos estos aditamentos estorban más bien que prestan servicio).

CÁNULA.—Hasta hace poco usábamós las cánulas de platino iridiado; ahora empleo las de níquel puro sin soldadura que son muy finas y no se oxidan, siendo su precio casi igual al de las antiguas de acero.

TUBO DE GOMA.—Es necesario tambien un trozo de tubo de goma de poco menos de 1 metro de longitud para practicar la ligadura floja de la parte superior del brazo.

Este es el material que tendremos perfectamente esterilizado por ebullición.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO.—Falta preparar el enfermo, lavando la región de la flexura del codo con agua caliente y jabón, alcohol y sol. de sublimado (1 × 1000), lo mismo que si debiéramos practicar una operación quirúrgica.

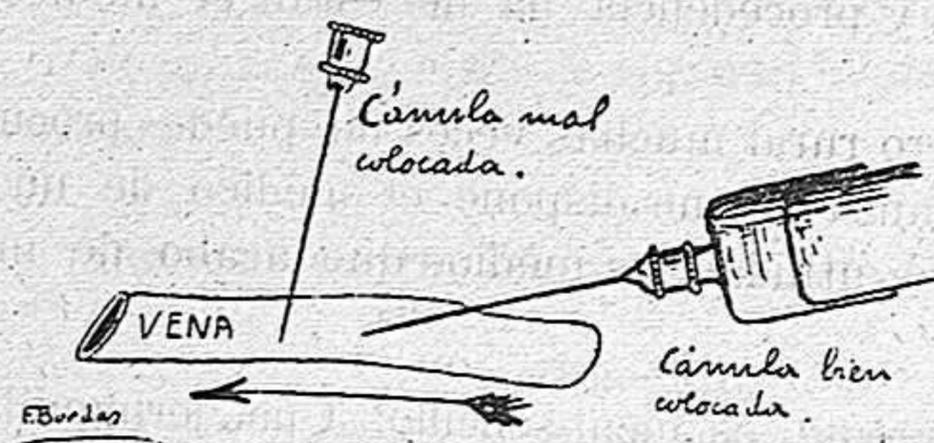
INYECCIÓN.—Hecho todo esto, que tarda mas en escribirse que en hacerse, se procede (estando el brazo bien arremangado) á la ligadura de la parte superior del brazo, con el tubo de goma que se tendrá cuidado de no apretar demasiado. Su objeto es dificultar la circulación

venosa sub-cutanea y producir mayor repleción en las venas que por este motivo se hacen más salientes y accesibles.

Al llenar la jeringa hay que tener en cuenta:

- I *Que la cánula este fuerte y bien adaptada al pitón de la jeringa.*
- II *Que no queden burbujas de aire en una y otra.*

Ahora se practica la picadura de la vena que puede ser la mediana media ú otra cualquiera de las que forman la *M* venosa de la flexura del codo; teniendo cuidado de dirigir la cánula, solidamente adaptada á la jeringa, paralelamente á la dirección del vaso y con la punta de aquella mirando hacia el hombro. (*Véase el esquema*).



Enseguida se aspira ligeramente, con lo cual pueden suceder dos cosas:

I *Que penetre corta cantidad de sangre en el interior de la jeringa.*

II *Que no penetre (efecto nulo de la aspiración).*

En el primer caso la cánula está dentro de la vena y podemos ir inyectando lentamente; ordenando al mismo enfermo se quite la ligadura del brazo.

En el caso segundo, la cánula ha traspasado la vena ó no la ha herido. Debe pues practicarse nueva punción.

Hecha la inyección, se retira rápidamente la cánula, se amasa el sitio de la picadura y si se quiere se puede colocar una gota de colodión. Es innecesario el vendaje.

CUIDADOS ULTERIORES.—Antes de practicar la segunda inyección, al día siguiente ó á los dos días, es preciso preguntar al enfermo si ha notado algo anormal despues de la primera (cólicos, diarreas), pues en caso afirmativo deberíamos ó bien disminuir la dosis, ó dar las inyecciones mas de tarde en tarde.

F. BORDÁS

LA RETENCIÓN DE ORINA EN LA MUJER EMBARAZADA

CASOS CLINICOS (*)

(Continuación)

Los trastornos urinarios atribuibles al embarazo como causa eficiente, tienen su más alto punto de gravedad en la retención de la orina en la vejiga, y este fenómeno puede decirse es más frecuente en dos épocas del mismo que en ninguna otra; en los alrededores del tercer mes, y en los últimos días; es también en tales ocasiones casi siempre de origen mecánico, como la observación primera y segunda son ejemplo de ello; en el tercer mes algunas veces en el segundo y otras hasta en el cuarto, puede ocurrir que la mujer hasta entonces indemne por completo aqueje bien de un modo repentino, bien más ó menos discontinuo, trastornos á la micción, caracterizados sobre todo por dificultades de la misma, que generalmente los sortean las mujeres, hasta que una retención absoluta no tarda en sobrevenir, entonces somos llamados y bien se puede afirmar que en tales oportunidades es nuestro papel de suma importancia, pues los mayores desastres pueden sobrevenir si con toda brevedad no se soluciona el problema, como luego veremos; en las condiciones supuestas podemos afirmar que se trata de una retro-desviación uterina sea flexión, sea versión, que para el caso el mismo efecto surte la una que la otra, siendo naturalmente peor la retro-versión completa ó en segundo grado, que la incompleta ó de primer grado, pues en aquella el cuerpo del útero está mucho más caído y ocupa mayor espacio en la excavación pelvica; esta caída ó desplazamiento del cuerpo del útero hácia atrás puede ser anterior al embarazo ó ser efecto del mismo; generalmente se admite como más frecuente la primera modalidad que la segunda, pues es sabido que aquella estática uterina no es incompa-

(*) Véase el número anterior.

tible á la fecundación; cuando estando la matriz en ante-versión (estado natural) se ladea, una vez en desarrollo el feto, hácia atrás, se atribuye tan rara contingencia á flojedad de los medios contentivos (ligamentos) y sobre todo á presión de la vejiga que muy llena y muy grande, bascularía el órgano gestor algo hipertrofiado hácia atrás.

Colocado el útero en esta anormal situación pueden ocurrir dos eventualidades, ó bien que por efecto de su misma hipertrofia, llegue á salirse de la excavación ó bien que siga su desarrollo sin moverse, terminando con el llamado enclavamiento ó encarceración del útero; es de suponer y así lo confirma la experiencia, que es muy frecuente el primer caso, pues dada la abundancia de las retro-desviaciones, aun en mujeres embarazadas, deberían ser frequentísimos los accidentes de enclavamiento, lo que no se nota en la realidad clínica, por tanto debe admitirse la corrección espontánea del accidente; tiene lugar esta corrección por la misma hipertrofia del útero que no pudiendo desarrollarse mas que por arriba, dado que en los demás sentidos no tiene espacio, llega un momento, que, si no lo impide ningún factor especial, arrastra, como levantándolo todo el útero, que una vez ha abandonado la excavación sigue su desarrollo abdominal, sin caer nuevamente en aquella, por su mayor volumen; si esta evolución espontánea no tiene lugar, ni hemos corregido con nuestro arte aquella viciosa situación del útero, viene fatalmente aquel terrible accidente que antes mencionaba la encarceración uterina.

Los efectos de aquella se notan en la marcha del embarazo y sobre todo en el aparato urinario; puede suceder y es lo comun que el producto de la concepción, dificultado su natural desarrollo muera antes de terminarse, viniendo un aborto ó parto prematuro segun la época del mismo, se citan casos de casi completo ciclo evolutivo; el recto puede también sufrir los efectos de la compresión uterina, provocando un estreñimiento pertinaz y molesto; se cita por *Treub* un caso de gangrena del tramo rectal por efecto de la distensión y compresión estremadas (*L'art des accouchements par P. Bar*); verdaderos destrozos del periné, pared vaginal posterior, ano etc. se han notado por otros autores (*Mayor, Grenser*). Pero donde primero y mas intensamente se notan los efectos del enclavamiento uterino es en el aparato urinario, hasta tal punto, que desde un principio toda la sintomatología queda reducida á la vejiga, el útero no es nada (*Pinard, Varnier*); algunas mujeres, primero notan una sensación de plenitud y tensión perineal, dolores vagos, pero todo ello pasa generalmente sin dar-

le importancia alguna, hasta que la dificultad á la micción, ó su imposibilidad absoluta, que á menudo es el timbre de alarma, ponen el asunto en manos del médico para solventarlo, pues el aparato sindrómico se hace alarmante y no cede á los recursos ordinarios puestos primeramente en juego.

El mecanismo de retención urinaria no es como pudiera creerse efecto de la compresión uretral en si misma, sino que se verifica por otro procedimiento; cuando el útero ha caido hácia atrás, el cuello del mismo se ha dirigido hácia arriba y adelante como un verdadero movimiento de bascula pronunciandose tanto mas esta situación cuando mas caido y más volumen tenga el cuerpo del útero; es sabido que el cuello de la vejiga y la pared inferior del conducto uretral están mas ó menos adheridos á la pared vaginal anterior é indirectamente al mismo cuello; arrastrando aquella pared vaginal en su movimiento ascensional, destruye esta situación del cuello uterino, el paralelismo del canal uretral, máxime que esté por su cara superior está mas ó menos fijo al tejido del pubis; deslizan pues las paredes uretrales una sobre otra y el trayecto queda cegado ú obstruido; la orina ya no podrá salir libremente; es tal el movimiento de arrastre hácia arriba de la uretra que llega á veces el meato á esconderse dentro la cavidad vaginal, detrás del púbis, constituyendo un inconveniente á veces difícil de vencer, para practicar el cateterismo.

Los efectos del accidente, son los de la estancación urinaria, que con ser gravísimos, adquieren en este caso especial mayor importancia si cabe que en otro alguno; dilatación, rotura de la vejiga, ureteres, etc. pero sobre todo la gangrena de la vejiga que en esta oportunidad es mucho mas frecuente que en otras afecciones; la infección puede correr á la cavidad uterina y naturalmente el estado general toma una gravedad tal, que si una intervención rápida y enérgica no calma el accidente, termina con la vida de la enferma.

Para explicar la imposibilidad de la reducción espontánea de la retrodesviación uterina, se han admitido la existencia de adherencias de aquel órgano con el fondo de *Duglas* y con otras partes del peritoneo periuterino, lo que efectivamente se ha visto comprobado en algunos casos, pero no todos y es que tiene mucho valor tambien el estado de la vejiga, cuanto mas llena mas empuja el útero hácia atrás que á su vez, levanta y por tanto mas arrastra la uretra imposibilitando en mayor grado la micción, fórmase un verdadero círculo vicioso, de aqui la importancia de atender, cuando las haya, las primeras dificultades á aquella función.

También de lo apuntado se desprende, y con ello entro en el tratamiento, que tiene grande importancia y es de imprescindible necesidad el empezar aquel por la evacuación de la vejiga y esta es la ocasión de señalar que casi siempre será preferible el empleo de una sonda de hombre á la clásica y usual de la mujer, pues con ella llegaremos mucho más arriba, que es lo interesante; generalmente no hay mas dificultades que encontrar el meato, pero una vez en él con cuidado y perseverancia lograremos facilmente nuestro objeto; aunque de una manera excepcional puede darse el caso que no sea practicable el cateterismo, que sea imposible; entonces vaciaremos la vejiga por medio de una punción hipogástrica; si ha sobrevenido la gangrena de la mucosa vesical (orinas negras, sanguíneas, trozos de membrana mucosa) entonces dícese ser mejor la operación de la talla vaginal. Una vez vaciada la vejiga, condición como digo primordial, hay que pasar á la corrección de la desviación uterina, pues del contrario se reproduciria el accidente pasadas pocas horas; aquella maniobra es facil, sobre todo con la posición genu-pectoral de la mujer; con una pinza de garfios en el labio anterior del cuello uterino para tirar hácia abajo y con los dedos ya en el fondo vaginal posterior, ya en el recto ó en ambos órganos procuraremos bascular hácia arriba el fondo uterino, que si logramos franquee el estrecho superior veremos logrado nuestro propósito, siendo cuando este se alcanza de aquellas intervenciones que lucen siempre ante el público y dejan muy satisfecho nuestro interés científico, pues de verdad que en un instante cambiamos la situación de grave y angustiosa en sencilla y relativamente tranquila; cuando la reducción uterina no sea factible, sea por desarrollo excesivo del útero (seis meses de embarazo) sea por adherencia sea por otra causa, la situación cambia mucho y hay que recurrir á operaciones mucho mas graves; se ha practicado la punción del huevo, que disminuyendolo de volumen puede permitir luego aquella maniobra; tiene el relativo inconveniente que acostumbra á provocar el aborto, aunque casi todos los demás medios corren el mismo riesgo, por tanto casi es el preferible; la laparotomía (*Doleris*) y aun la histerectomía vaginal (*Ols-hausen*), operaciones radicales, se comprende que en casos extremados son la única solución posible.

Las condiciones patogenéticas antes expuestas, hacen difícil por no decir imposible que el accidente descrito sobrevenga despues de la primera mitad del embarazo, de manera que á la vista de un accidente de esta clase de retención urinaria, pasada aquella época hay que bus-

car la explicación en otras causas; estas serán imputables unicamente al embarazo y de origen tambien mecanico, cuando coincide la afección con los últimos tiempos del embarazo.

DR. JUAN SAU

Camprodón — Febrero 1909.

(Concluirá)

ESTADÍSTICAS SANITARIAS DE MORBILIDAD

CARTA ABIERTA

Al Sr. Inspector municipal de... ..
(cualquier pueblo de España).

Apreciable compañero y co-inspector: como supongo á V. animado de los mejores propósitos, al igual mio, en lo tocante hacer cumplir la parte decorativa de la incomparable Instrucción de Sanidad, le ruego me indique qué medios he de adoptar para reducir á un *médico libre* que me hace la competencia en este pueblo y comarca.

Tengo especial interés en saber lo que visita el *libre*, no para proceder á las prácticas de desinfección si hay caso, que el muy ladino ya se ha hecho cargo que entre mis clientes no hay infecciones; no había de ser yo tan tonto, de darme parte á mi mismo, de casos de enfermedad en clientes que podrían dejar la iguala si les molestaba con exigencias y profilaxis.

Quisiera poder obligarle á cumplir lo prevenido en el primer párrafo del art. 63 de la Instrucción, que dice:

« Todo Médico en ejercicio tiene el deber de enviar al Inspector municipal, al fin de cada mes, una relación de las enfermedades por él asistidas, consignando su diagnóstico y la terminación, cuando la hayan tenido, pudiendo omitir en ésta el nombre y las condiciones personales, en aquellos casos que su discreción lo juzgue necesario. »

pero él se me escabulle mandándome unos datos numéricos, mejor dicho, poniendo números en el encasillado de un estado que creo oficial, por ser reproducción del que referente á mortalidad, por R. O. de 17

de abril de 1901, se mandó llenasen y publicasen mensualmente los ayuntamientos capitales de provincia, pero que no está ajustado á la Instrucción, pues se omiten en él algunas de las afecciones *infecto contagiosas* que señala el anejo I, tan importantes como la varioloide y la varicela.

Se me ha ocurrido si podría marearlo recurriendo al art. 125 de la previsorá Instrucción, aquello de ver si concuerdan la certificación de defunción con los datos que me remite, pero como aquí no hay médico del Registro civil, á no ser que nosotros, los Inspectores, por aquello de ser los Jefes de Sanidad, lo seamos también, teniendo que actuar de pre-supultureros.

No sé si tengo derecho á la revista, por mas que cuando se le muere algún enfermo, ya cuida ponerle una dolencia no común, y como ignoro si rige aun la Circular de 30 abril de 1880 (1) y no recuerdo los 179 grupos á que se redujeron por la Comisión de París, las 2000 enfermedades que deben ser objeto de anotación estadística, ni tan siquiera tengo el *Gion* con las 146 enfermedades que señala la R. O. C. de 17 octubre 1902 para la estadística del ejército, que bien podría servirme para las enfermedades de los adultos del sexo masculino; no quiero ahondar por temor á un contratiempo.

No sé si á V. le sucede lo que á mi, el de ser Inspector de varios pueblos, que si bien no están legalmente mancomunados con el de mi residencia y forman *partido* suelto, yo me las entiendo con los Secretarios y Alcaldes para que me nombren para reconocer quintos, y agenciarnos los pocos dineros que hay consignado para médico; de estos pueblos, no exijo al *libre* estadísticas, por mas que él también visita en ellos, por miedo á que se volviese la criada respondona y acudiese en contra mia.

Igualmente tengo dudas en si puedo castigarle por omisión en cumplir lo prevenido en el art. 187 de la Ordenanza (2) pues si no lo entiendo mal, el *libre* no es funcionario, no habiendo como no hay aquí Hospital, Asilo, Dispensario, ni Puerto habilitado.

(1) Ordenando á los Juzgados municipales que al recibir las Certificaciones de defunción expedidas por los médicos de las respectivas localidades, exijan de éstos que al expresar la enfermedad que produjo la muerte, añadan una indicación relativa á la casilla en que deba ser comprendida de entre las varias que comprende el cuadro necrológico aprobado para este servicio.

(2) Además de estos cuadros de estadística general, todos los médicos funcionarios citados en artículos anteriores, deben hacer mención separada, 1.º de los casos de viruela; 2.º de los casos de lepra y 3.º de los casos de tuberculosis que tuviesen en tratamiento.

Amigo y co-inspector como ando preocupado con esto de las Estadísticas, escuso decirle que de todos aquellos servicios que la previsora Instrucción me encomienda, no cumplo ninguno, ni aun el elemental de la desinfección por los motivos que he apuntado al principio de ésta, y he de añadirle que soy un *alter ego* del Alcalde y este no quiere higiene, pues dice que es cosa que resulta muy cara y el Ayuntamiento no tiene dinero. No he de ponerme en pugna con la autoridad—que al fin y al cabo es la que me paga.

Ya estuve á ver el Subdelegado del Partido, quien tambien cuida mucho de las Estadísticas, pero no supo sacarme de dudas, estaba atareado calculando si los derechos sanitarios que ha de percibir, bastarán para pagar los gastos de papel y sobres de los oficios que tiene que enviar casi á diario, y el buen señor me dijo: V. á lo menos cobra por ser Inspector del pueblo, pero aquí, el que cõbra del Municipio, es otro, y yo cargo con el trabajo. Verdad que solo me ocupo de las Estadísticas, y estas cuando se publican salen siempre incompletas y hasta un tanto disparatadas, como puede V. ver en estos Boletines Oficiales de la provincia.

Del rápido exámen que hice de los cuadros que me mostró, tomé el apunte que por *Nota* acompaño.

Si esta carta no queda incontestada, tendré el gusto de escribirle otra, sobre obligación de llevar estadísticas verdaderas de los enfermos de dolencias infecciosas; siempre y cuando tengamos la certeza de que las medidas profilacticas han de ser ineludiblemente aplicadas.

La estadística de morbilidad general en la forma y modo que hoy se nos impone para nada sirve si no es para ponernos en ridículo.

De V. aff. S. S. q. b. s. m.

p. i. firma el amanuense.

J. PASCUAL.

Febrero 1909.

Nota. — ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD EN LA PROVINCIA DE GERONA DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 1908 — PUBLICADAS POR EL INSTITUTO GEOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO Y LA INSPECCIÓN DE SANIDAD.

El Instituto publica los datos enteros y exactos, la Inspección solõ los de un determinado número de pueblos, resultando una disparidad grande, no solo con relación al censo de población si que tambien en lo referente á causas de fallecimiento. El tifus exentemático, y la

fiebre intermitente, figuran en la Estadística de la Inspección y no en la del Instituto.

Dejando minucias á parte, anoto solo para que V. juzgue los siguientes:

DATOS ABSOLUTOS

MORTALIDAD	CENSO DE POBLACIÓN	FALLECIDOS	POR MIL
Instituto Geográfico y Estadístico.	302.000	609	2'02
Inspección de Sanidad.	172.000	368	2'14
MORBILIDAD		ENFERMOS	
Inspección de Sanidad.	101.000	1690	16'07

Sin decender á detalles y tomando en globo los enfermos que en cada partido anota la Inspección se vé que figuran:

Figueras.	con	594	enfermos	70	fallecidos	16	por ciento
Gerona.	»	307	»	117	»	30	»
La Bisbal.	»	397	»	58	»	14	»
Olot.	»		»	33	»		»
Puigcerdá.	»		»	32	»		»
Santa Coloma.	»	392	»	58	»	14	»
				1690		368	

Prescindiendo de si en los partidos de Olot y Puigcerdá hubo una ecatombe, pues no figura enfermo alguno en la estadística de morbilidad (B. O. de la provincia de Gerona de 1909, núm. 19, págs. 86 y 87) y se detallan los fallecidos (B. O., núm. 18, pág. 82 y 83) refiriéndose ambos datos á un mismo mes; resulta evidente que en el partido de Gerona, de cada tres enfermos falleció uno, cosa que debe de estar bien lejos de la verdad y cuya publicación de poco ha de servir para evitar «*el sonrojo que produce ver como en el trato científico de las Naciones cultas, se omiten los nombres de España y sus regiones, cuando aquellas exponen sus estadísticas y sus progresos sanitarios, cual si nuestra Nación no existiera ó nada representase.*» como sincera y dolorosamente escribía el Dr. Pulido, y firmó el Sr. Moret en el preámbulo de la R. O. de 11 Abril de 1901, refiriéndose á lo mal que se hacen en España las estadísticas.

vale. J. P.