

Revista Sanitaria de Toledo.

Publicación quincenal.

« SUMARIO »

- 1.º **Sección científica original.**—«Enfermedades del aparato digestivo que pueden tratarse con éxito por las corrientes eléctricas de alta frecuencia», Dr. Piga.—«Todavía nuevos métodos para la demostración zoospermos en las manchas», Dres. Maestre y Lecha-Marzo.—«Parto distócico gemelar», Dr. R. María Delgado.—«Anselmo Pomar», Lecha-Marzo y Piga.
- Varietades.**—«Relaciones del hipófisis con las glándulas de secreción interna», F. Donan.—«Las heridas de los gruesas arterias producidas por los armas de fuego actuales».—«Fórmula de Elles contra los dolores de muelas», Monin.—«Sífilis de la vejiga», Levy-Bing y Durœux.—«El apósito transparente», Dr. G. Le Filliatre.—«Reglas para el empleo de la pasta de bismuto».—

ENFERMEDADES

del aparato digestivo que pueden tratarse con éxito por las corrientes eléctricas de alta frecuencia,

por el Dr. Piga.

Dilatación de estómago.

Sabido es que en la etiología de la dilatación del estómago figuran tres grandes grupos de causas:

1.º *Dilatación de estómago* por obstáculo del paso del quimo desde ese órgano al duodeno—espasmo del piloro—cáncer del piloro, estrechez cicatricial o hipertrofia pilórica, acodamiento o estrangulación duodenal.

2.º *Dilatación de estómago* por debilitación de la motilidad gástrica—gastritis crónica, fiebre tifoidea, neurastenia.

3.º *Dilatación de estómago* por combinación de ambas causas.

Como quiera que la electricidad obra bien solo en la dilatación de estómago, producida por las causas del segundo grupo, nos detendremos ligeramente a estudiar los signos de cada una de las formas y el diagnóstico. En hacer este último acertado está el secreto de que nuestra intervención vaya seguida de éxito o que por el contrario resulte fracasada.

Para el diagnóstico de la dilatación tiene un gran valor la radioscopia y la radiografía de estómago.

La prueba del salol tiene también su importancia. Se investiga haciendo tomar al enfermo que se supone con dilatación, un gramo de salol en una oblea. Al poco tiempo ya se encuentra el ácido salicílico en la orina—coloración violeta al añadir unas gotas de percloruro de hierro—; y si realmente existe la dilatación de estómago, persistirá esa reacción hasta treinta horas después de ingerido el salol, en lugar de persistir unas veinticuatro que es lo que dura en individuos de estómago no dilatado.

Seis o siete horas después de una comida de prueba pueden extraerse con la sonda restos alimenticios.

Por inspección se nota abombamiento abdominal y en ocasiones movimientos peristálticos.

La sonoridad que se nota al percutir extiéndose en casos de dilatación hacia el hipocondrio izquierdo y también desciende hacia el pubis. No siempre es fácil realizar esta exploración porque está dificultada constantemente cuando hay timpanismo abdominal. Para apreciar con claridad la dilatación y sobre todo el límite inferior conviene distender el órgano haciendo ingerir al enfermo una tras otras dos papeletas, la primera de ácido tartárico y la segunda de bicarbonato sódico. Los gases abomban el estómago y entonces es más factible darse cuenta de su estado y situación.

La sintomatología es, por lo demás, distinta en la dilatación de origen mecánico y en las dilataciones de causa nerviosa; importando saber diferenciarlas clínicamente para no incurrir en la torpeza de querer tratar por la electricidad una estrechez orgánica del piloro, sobre la cual nada podemos o prescindir del tratamiento en una neurastenia acompañada de dilatación (Charcot) o según quería Bonchard en una dilatación acompañada o seguida de un síndrome neurastiforme.

En las dilataciones de causa mecánica hay vómitos, aunque poco frecuentes. Se vomita gran cantidad de residuos alimenticios, algunos de los que pueden haber permanecido en el estómago varios días. No es infrecuente—yo así lo he visto en varios casos—que los vómitos vayan seguidos de un bienestar relativo y que coexistan con los síntomas de dilatación los de hiperclorhídrica. Si la extensión es muy graduada pronto sobrevienen fenómenos de caquexia por inanición.

En cambio, en las dilataciones de causa nerviosa aparece el síndrome de la dispepsia flatulenta o un complejo de síntomas nerviosos—vahidos, cefalalgias, vértigos, jaquecas, calambres, taquicardia, intermitencias cardíacas etc., que contribuyen a las dificultades diagnósticas; de las que saldremos mediante la explotación metódica del estómago.

Tratamiento.—Si hay una dispepsia neuro-motriz con *distensión gástrica*, en lugar de una verdadera dilatación y comprobamos síntomas neurasténicos convendrá el instituir el tratamiento siguiente: efluviación y chispeación de la columna vertebral si el enfermo tiene hipotensión y sillón ante condensador cuando la hipertensión domine. Las sesiones las daremos cada dos días y durarán unos quince minutos.

Cuando exista una verdadera dilatación, no estará mal el ensayar las fricciones herzianas y las corrientes galvano-farádicas. Las primeras pueden aplicarse con el aparato Sánchez siguiendo la técnica que ya conocemos.

Estreñimiento habitual.

El estreñimiento, astricción, constipación o coprostasis, es una enfermedad tan frecuente, como difícil de corregir, por lo general, con los recursos de la terapéutica farmacológica.

Miles de anuncios de innumerables preparaciones específicas para el estreñimiento llenan las planas de anuncios de los periódicos profesionales y políticos; dando pruebas por su profusión de ineficacia. En realidad no producen sino efectos paliativos.

Ante todo, diremos que al lado del estreñimiento de forma atónica, debe figurar el estreñimiento espasmódico. El creer que todos los estreñimientos reconocen por causa próxima la falta de contracciones intestinales por atonía de la fiebres musculares, olvidando que en muchos casos es el espasmo el responsable de la astricción, constituye el punto de partida de la errónea terapéutica clásica, que en pluralidad de ocasiones perjudica en lugar de beneficiar a los enfermos coprostásicos.

Desde el punto de vista etiológico intervienen en la producción del estreñimiento muchos factores. Sin mencionarlos todos, hablaremos de algunos que consideramos de verdadera importancia: la falta de celulosa en la alimentación que ingerimos de ordinario, la costumbre de beber poca agua, la de no metodizar los momentos, a ser posible con hora fija, destinados a la expulsión de materias fecales, el histerismo, la neurastenia, la tabes, la intoxicación por el plomo, la meningitis, el hambre etc., etc.

Desde el punto de vista clínico admiten conforme a la clasificación de Mathieu Nothnagel un estreñimiento habitual primitivo ligero, otro estreñimiento habitual primitivo grave y por fin la colitis muco-membranosa.

En el primer grupo figuran todos aquellos enfermos que tienen deposiciones espontáneas, yendo al retrete cada tercero o cuarto día, y aun a diario en los días que siguen al momento de haber tomado un purgante. En el estreñimiento habitual grave los enfermos no hacen deposiciones espontáneas; y en la colitis muco-membranosa encontraremos las falsas membranas, la descamación intestinal, que será la llave del diagnóstico.

Hemos dicho que el estreñimiento podía ser atónico o espasmódico. También puede ser mixto.

El atónico es raro en la juventud. Los enfermos no sienten dolores en el vientre y cuando más perciben vagas sensaciones de peso. Cuando reconocemos a los coprotásicos de esta clase, hallamos que su pared abdominal está floja, aplanada, en alforja, se deja deprimir con facilidad y a poco que palpemos sorprenderemos, en plena fosa ilíaca, la existencia de un morcillon o de una masa extensa y sin forma determinada, que no es otra cosa sino el ciego repleto de materia fecal. Claro es que este detalle no siempre es observable, pues se necesita un éxtasis cecal que en ocasiones desaparece a consecuencia de una deposición; los materiales que la integran son consistentes y muy abundantes.

El estreñimiento espasmódico es, en cambio, frecuente en la juventud. Los enfermos suelen tener dolores intestinales. Al reconocimiento aparece el vientre globuloso y con cierta resistencia a dejarse deprimir. El intestino está contracturado (cuerda cólica); se han visto casos en que su tamaño no era mayor que el de un dedo meñique.

Finalmente las deposiciones nunca son muy abundantes y revisten for-

mas variadas si bien pueden reducirse a tres principales: en cinta, en cilindro y en bola. No es raro hallar mucosidades secas.

Tratamiento.—El estreñimiento habitual primitivo ligero consiste en la franklinización o en la alta frecuencia. La primera cuando el enfermo es un hipotenso; la segunda cuando el enfermo tiene hipertensión.

Por lo tanto, en los artríticos y arterio-esclerósicos, en que tan frecuente es encontrar el estreñimiento, estará indicadísima la aplicación de la última de ambas modalidades eléctricas.

Empléase el sillón autocondensador de Sánchez sometiendo al paciente a una aplicación de alta frecuencia durante doce o quince minutos. Las sesiones se darán cada dos días procurando la máxima intensidad en el circuito.

En el tratamiento de la colitis muco-membranosa es muy recomendable el método de Doumer (método de las altas intensidades galvánicas). (Véase el tratamiento de la colitis muco-membranosa en la obra *Electroterapia*. Biblioteca Gilber y Carnot). Y en cuanto al tratamiento de los estreñimientos graves diremos que poco se conseguirá con la alta frecuencia debiendo recurrir a la galvanización y a la faradización (Erb. Courtade, Bordier, Benedikt (I)).

Hemorroides.

Las hemorroides, se dice en general, son las varices de las venas ano-rectales. Sin embargo, no está aún suficientemente esclarecida su naturaleza. Así Quénu ha encontrado alteraciones venosas de periflebitis y tumboflebitis y Reinbach supone que son angiomas venosos.

Aparte esta cuestión y ya desde el punto de vista clínico diré que las hemorroides (de dos palabras griegas que quieren decir *sangre* y *fluir*) se distinguen en internas y externas.

Entre las causas figuran todas las que son capaces de aumentar la presión sanguínea siendo la más importante de todas ellas el abuso en hacer esfuerzos abdominales, cosa que les sucede a los que padecen estreñimiento crónico. Las estancaciones sanguíneas generales producidas a consecuencia de afecciones del corazón, del hígado o de los pulmones no tienen tanta significación causal. Y así se ve por ejemplo, que no son más frecuentes las hemorroides en los cardíacos, cierróticos o enfermos pulmonares que puedan serlo en los que tienen toda clase de padecimientos.

(1) El Dr. Damaglon del Cairo presentó al 5.º Congreso Internacional Electrología y Radiología médica, en Barcelona, una comunicación acerca de un caso de estreñimiento de veinte años de antigüedad curado por las corrientes de alta frecuencia y alta tensión.

Tratábase de una señora de 60 años artrítica y obesa que hacía veinte sufría de un estreñimiento tan pertinaz que la obligaba a recurrir casi todos los días a los purgantes obrástricos y a los lavados intestinales, mostrándose unos y otros tan poco eficaces que la paciente pasaba en muchas ocasiones temporadas de quince y veinte días sin hacer una deposición.

Reconocida por el distinguido médico Dr. Domaglon fué sometida a un tratamiento (sesiones cotidianas de lecho condensador, resonador bipolar, sin efluviación) que comenzó el 13 de Febrero de 1910. A la séptima sesión las deposiciones se habían regularizado y el 15 de Mayo del mismo año se encontraba totalmente restablecida de supertinaz enfermedad. (Véase *Congrés International d'Electrologie et de Radiologie Médicales*).

Concedemos un verdadero valor a otras causas al parecer insignificantes. Tales son el abuso del tabaco, del alcohol, del café, de ciertas carnes. Y tampoco es despreciable desde el punto de vista etiológico el grupo de causas que pudieran denominarse *irritativas directas*, entre las cuales mencionaremos el roce de los vestidos sobre el ano, la falta de limpieza de éste, el roce de materias diarreicas irritantes, etc.

Síntomas de las hemorroides externas.—Cuando no están inflamadas sólo ocasionan picor, que se convierte en sensación ardorosa cuando el hemorroidario defeca. Cuando están inflamadas producen un penoso tenesmo, sintiendo los enfermos dolor más o menos violento y como si tuviesen un cuerpo extraño en el ano.

Síntomas de las hemorroides internas.—Los principales son tres; la hemorragia, el prolapso y el catarro rectal.

La hemorragia es un signo tan seguro que no falta casi nunca en las hemorroides, internas. La sangre expulsada puede ser muy poca, sencillamente unas gotas, o llegar a dos cucharadas, rara vez más.

El prolapso muchas veces se reduce con facilidad, pero otras originan la extrangulación de las hemorroides, cuya extrangulación termina a veces por gangrena, abscesos, fistulas y fuertes hemorragias.

El catarro rectal se nota porque en las deposiciones hay expulsión de moco, y si el caso es grave aun fuera del momento de la deposición, también se arrojan mucosidades. Estos casos son los que los Médicos antiguos llamaban de *hemorroides blancas*.

Tratamiento.—No hablaremos del tratamiento médico ni del quirúrgico por no ser de nuestra incumbencia en estos momentos; pero sí diremos que Doumer, al proponer en las hemorroides las corrientes de alta frecuencia y alta tensión, ha propuesto un excelente medio curativo que cualquier práctico puede comprobar sin más que disponer de un aparato Sánchez y de un electrodo rectal. También puede utilizarse, pero es mucho más costoso el Solenoide de Oudín, la espiral de Guilleminot o la bobina de Arsonval.

Con el aparato Sánchez se disponen las cosas del modo siguiente: Comiéntase por regular la corriente para que en el electrodo haya luz rojizoviola, pero que no produzca chispas al tocarle. Enseguida se unta con vaselina e introduce en el recto en el momento en que éste se entreabre a los esfuerzos que el enfermo hace por nuestro consejo. Dura la aplicación de cinco a seis minutos.

Aunque es muy rara la contingencia, bueno será tener presente en la memoria lo que conviene hacer si el electrodo se hendiese o se rompiese. En el primer caso quítase la corriente tan pronto como el enfermo note una vivísima sensación de pinchazo y escozor. Si el electrodo se rompe a más de quitar la corriente como en el primer caso, hay que sacar los fragmentos sin que hieran la mucosa neta. Para ello se recomienda al enfermo tranquilidad, advirtiéndole que no se mueva, pues sin dificultad resolveremos la situación difícil, al parecer en que se encuentra. Inyectaremos 150 a 200 gramos de aceite de olivas, y acto seguido dilatar el recto con un espéculum pequeño o sencillamente con el dedo índice y pulgar de la mano izquierda. Entonces escapa el aceite y los fragmentos suelen salir con él.

Cuando van saliendo, otra persona reconstituye el electrodo para tratar de averiguar si aún quedan fragmentos. Si está entero nada hay que hacer, si no lo está explórese cuidadosamente, muy cuidadosamente por tacto

rectal, estando el dedo cubierto con fuerte dedil y orientados de la situación de algún pequeño trozo de vidrio se extraerá con ayuda de pinzas.

Fisura del ano.—Espasmo anal.

Si un individuo dice que después de la defecación se le presentan dolores espasmódicos muy intensos, es casi seguro que tiene una fisura de ano.

Por tal se extiende una pequeña ulceración superficial localizada entre dos repliegues anales vecinos.

Unas veces se presenta aislada la fisura; lo general es que vaya acompañada de hemorroides.

Muchas fisuras cicatrizan espontáneamente; otras, por el contrario, pueden prolongarse mucho tiempo y constituyen de no intervenir una grave afección.

La causa de que una pequeña insignificante ulceración pueda ser causa de acerbos dolores que en ocasiones son, al decir de los enfermos, «como si introdujesen en el ano un cuchillo o un hierro candente», debe no a que que queden al descubierto las terminaciones nerviosas como suponía Hilton, sino a la existencia de una neuritis de las fibras nerviosas en el fondo de la fisura (Quenu y Hartmann).

Para el diagnóstico presta grandes servicios el signo de Guyón. «Si se pasa el pulpejo del índice sobre el margen del ano, ejerciendo una ligera presión en el momento preciso en que se pasa sobre la *úlcerita invisible*, el enfermo percibe un dolor y huye del dedo al mismo tiempo que el esfínter se contrae. La fisura radica lo más frecuente en la parte posterior del ano». (Nogier loc. cit.).

Tratamiento.—El mejor tratamiento, mucho mejor tratamiento que el quirúrgico que puede ir seguido de incontinencia y que sí obliga a incisión profunda de la fisura según el método de Boyer, actualmente muy en boga en Inglaterra, constituye una operación en toda regla y con todos sus inconvenientes; el mejor tratamiento, repito, es el de las corrientes de alta frecuencia. El Dr. Marque ha curado un 94 por 100 de los enfermos con fisura esfínterálgica, y todo aquel que emplee el método quedará sorprendido de su eficacia.

Precisa anestesiar la mucosa previamente. Y en este punto, aunque la corriente hace analgesia, bien está, o por lo menos nosotros así lo creemos, anestesiar con novocaina la región, y si es preciso, en la primera sesión hacer una ligera anestesia general con cloroformo.

La técnica es la siguiente: anestesia introducción del electrodo—lo que se pueda—hasta ponerle en contacto con la mucosa y paso de la corriente. Basta con que se note fulgor violeta en el electrodo cuando se introduce, no siendo necesario en modo alguno que desprenda largas chispas en contacto con los tejidos. Después, regulando la corriente—cosa sencillísima en el aparato Sánchez, mediante el tornillo de regulación—se aumenta un poco para que se produzca el efecto terapéutico que se busca.

No será preciso hacer mucho hincapié respecto de la absoluta necesidad de guardar una rigurosa asepsia en los electrodos. Un procedimiento sencillo y cómodo de desinfectarlos consiste en hervirlos durante 10 o 15 minutos en agua de fuente, y cuando se hayan secado llamearlos cuidadosamente por la llama de una lamparilla de alcohol.

En los casos graves haremos una aplicación diaria. Cuando el enfermo mejore se practicará una aplicación cada dos días.

Generalmente bastan con ocho o diez aplicaciones, si bien sobre éste respecto el Médico que dirija el tratamiento verá cuál es el número de sesiones necesario a cada caso particular.

Prurito anal.

De menos importancia que en las hemorroides y en la fisura, el tratamiento electroterapéutico del prurito anal, puede ocasionar un indudable beneficio terapéutico siquiera sea sintomático.

Porque claro está; el prurito de los eczematosos, herpéticos, blenorragios, gotosos diabéticos, brighticos, sífilíticos, etc., etc., se calma mejor con una medicación que tienda a buscar una mejoría de la enfermedad causal que con otro cuya finalidad está en el síntoma, en el prurito que el enfermo siente.

No obstante, puede ese síntoma ser tan penoso, que el enfermo aun convencido de la nula influencia de la medicación local y la alta frecuencia sobre su verdadera dolencia, acoja el medio terapéutico que le brindamos con verdadero júbilo, pues al fin y al cabo le aliviamos una molestia intolerable.

• *Tratamiento.*—Dice Nogier que en los casos de prurito anal bien localizado emplearemos con éxito las corrientes de alta frecuencia (Leredde).

Si el prurito es externo bastará el efluvio.

Sobre la duración del tratamiento y sobre el resultado, es muy difícil aventurar juicios.

LABORATORIO DE MEDICINA LEGAL DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID

Director: Prof. T. Maestre.

Todavía nuevos métodos para la demostración de los zoospermos en las manchas.

POR LOS DOCTORES MAESTRE Y LECHA-MARZO

La demostración y el análisis de las manchas de esperma es en las violaciones y atentados al pudor la parte fundamental de la peritación médico legal. Conocemos la poca especificidad de las lesiones que puede presentar el himen y demás órganos genitales; las dudas y los errores que dió lugar la vulvitis blenorragica; por esto no nos extraña que los esfuerzos de los cultivadores de nuestra disciplina se hayan dirigido a perfeccionar los métodos del examen médico legal del esperma.

Los trabajos hechos en nuestro laboratorio prueban que todavía hay

dos pruebas microquímicas, la reacción de Barberio y la nuestra (1) del ácido fosfomolibdico, sobre las que pueden basarse bastantes esperanzas.

De todos modos, siempre la demostración de los zoospermos constituye una de las pruebas fundamentales del examen. Recordemos que en la eyaculación de un hombre normal se encuentran por millares estos elementos, y que, como acaba de señalar Fürbringer (2), aun en los individuos portadores de una atrofia testicular congénita no se puede afirmar fatalmente una azoospermia absoluta.

Bayard fué el primero que propuso la maceración en el agua de las manchas sospechosas; Robin, las sometió solamente a la inhibición; Bayard, filtraba después el producto de la maceración, Robin, raspaba; Koblanck, exprimía; Roussin, desfibraba; Bayard, propuso el agua amoniacal para aislar los zoospermos; Desvergie, el ácido clorhídrico diluido; Lassaigue, la potasa cáustica; Renaut, el alcohol al tercio; otros el ácido acético diluido, etcétera. Corin proponía, además, la centrifugación, ahora recomendada por Gasis (3).

Roussin propuso su reactivo iodo-iodurado (iodo, un gramo; ioduro de potasio, cuatro; agua destilada, 100): que tiene el inconveniente de colorear las fibras además de los espermatozoides. El mismo inconveniente presentan la cosina glicerizada al 1 por 200 propuesta por Renaut; la solución acuosa de croceína, empleada por Florence y Martín; el carmín amoniacal, propuesto por Longuet; las dobles coloraciones de cosina-hematoxilina, eosina-carmín, eosina-vesuvina, verde de metilo, recomendados por Ungar; el violeta de genciana, recomendado por nosotros (4) en 1907, y después por Levi y Carazzi; el azul de toluidina y el picro-carmín, empleados por Perrando; la iodoeosina y la safranina, recomendadas por Dennstedt y Voigtländer.

Vogel (5) ya en 1882 destruía el producto de la maceración por el ácido sulfúrico concentrado y luego coloreaba con la tintura de iodo. Este método no dió resultados a los autores que lo ensayaron. También ha fracasado en nuestras manos.

Bastante tiempo después, Grigorjew (6) propuso destruir los hilos del tejido sospechoso sirviéndose de la acción lenta del ácido sulfúrico, y entre las masas destruidas aparecen algunos espermatozoides intactos. De Dominicis (7) modifica la técnica, hace la operación en el porta-objetos y abrevia la destrucción sirviéndose del calor.

Después, el mismo De Dominicis (8) propone la disociación del filamento de tejido en una gota de reactivo cupro-amoniacal de Schweitzer y

(1) L'acide phospo-molibdique reactif du sperme. *Arch. Intern. de Med. lég.*, 1913.

(2) Fürbringer: Zur Würdigung der Sperma befunde für die Diagnose der männlichen Sterilität *Bert. Klin. Woeh.*, 1913, núm. 43.

(3) De Gasis: Zur Auffindung der Spermatozoen in alten Spermaflecken. *Deutsche med. Wochens. chrift*, 1910, núm. 29.

(4) «La identificación del esperma», pág. 27, Madrid: Moya 1907.

(5) Vogel: *Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 1882. Bd. 36.

(6) Grigorjew: Zur frage der Technik bei der Untersuchung von Blut und der Samenflecken in gerichtlichen Medicinischen fallen. *Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 1902. Bd. 21.

(7) A. de Dominicis: Sull'esame delle macchie di sperma. *Giornate di Medicina legale*, núm. 1, 1903.

(8) De Dominicis: *Risveglio Medico*, 1907, pág. 27.

después colorea con la eosina amoniacal; el reactivo de Schweitzer destruye las fibras del tejido. Las colas no se colorean bien; la eosina no resulta muy estable en este medio.

Nuestro amigo el Dr. Marique, discípulo de Corin, propuso más recientemente otro nuevo método (1). Se ha preocupado también en destruir el soporte para así examinar grandes extensiones de tejido sospechoso, Acepta, como los autores que le han precedido, el ácido sulfúrico y observa que se puede emplear a la disolución del 90 por 100 en frío, sin destruir los espermatozoides; cuando se opera en caliente, las soluciones deben ser superiores al 70 por 100 e inferiores al 90 por 100, y la temperatura no debe pasar por encima de 99°. Lleva a un tubo de reacción, 4 c. c. de ácido sulfúrico y un c. c. de agua destilada; después 2 c. c. de lienzo sospechoso, y agita. La mezcla del líquido y del agua produce una elevación de temperatura de 82° y el fragmento de tejido es destruido en algunos segundos. Rápidamente agrega 15 c. c. de agua fría y de una sola vez para que la mezcla no pase de la temperatura citada; además se puede sumergir el tubo de reacción en agua fría. Pequeñas masas se acumulan en la superficie del líquido, se separan con un anillo de platino y llevan al porta-objetos.

El examen microscópico demuestra que estas últimas están formadas por los elementos celulares que contiene la mancha. Fijación y coloración con eosina alcohólica.

Nosotros hemos puesto en práctica este método desde que su autor lo propuso; hemos asistido también a sus ensayos, y por los resultados obtenidos creemos que no debe olvidarse.

Perrando (2) ha propuesto un procedimiento complicado. Coloración en masa, inclusión en goma de las zonas manchadas, cortes sucesivos y examen del último estrato.

Corin y Stockis (3) propusieron (como ya lo había hecho De Dominicis empleando el método del ácido sulfúrico) la demostración de los zoospermios en un solo hilo del tejido manchado, mediante la coloración rapidísima en una solución amoniacal de eritrosina a saturación. Después de desfibrar en el porta-objetos, la observación microscópica permite el hallazgo de espermatozoides coloreados entre las fibras del tejido, incoloras; pero los filamentos caudales no aparecen bien teñidos.

Ellermann (4) propone últimamente la coloración con la eritrosina amoniacal y después por la hematoxilina férrica de Weigert, y las colas aparecen ya coloreadas.

Dervieux (5) colorea también con la eritrosina amoniacal y después con

(1) Marique Nouveau procédé pour la recherche des spermatozoides. *Arch. Intern. de Med. leg.* 1910.—Welsch: Recherche sur la résistance au lavage des spermatozoides. *Idem*, 1912.

(2) G. G. Perrando: Di una speciale tecnica per la ricerca dei nemasperminelle macchie. *Rassegna Internazionale della Medicina Moderna*, año IV, núm. 5, 1905; *Aerztlichen Sachverständigen Zeitung*, 1905.

(3) Corin-Stockis: Nouvelle méthode de recherche des taches spermatiques sur le linge. *Arch. d'Anthrop. crim.*, 1908.

(4) Ellermann: Nachweis von Spermatozoen mittelst Eisenthalmatoxij lin-färbung. *Viertelj. f. gerichtl. Med.*, 1911. Bd. 42.

(5) Dervieux: Contribution à l'étude médico-légale du sperme. *Ann. d'hyg. publ. et de med. leg.*, año 1909.

con el azul de metileno en solución acuosa. Las fibras se colorean algo.

Baecchi (1) colorea un filamento de tejido en una solución acuosa de fuchsina ácida a saturación o de azul de metilo (quince a treinta segundos); decolora en alcohol clorhídrico (alcohol de 70° 100 c. c. HCl. 1 c. c.) (diez a treinta segundos); pasa al alcohol durante quince a veinte segundos, y lo examina en un porta-objetos en una gota de xilol o de bálsamo del Canadá.

No creemos muy ventajosa la modificación que Bohne (2) pretende introducir en este método. Con los métodos de Baecchi hemos obtenido brillantes resultados.

Wallner (3), que ha recomendado los métodos de Corin-Stockis y de Baecchi, declara que los prácticos se podrán pasar muy bien sin los métodos de colaboración. No coincidimos en esta apreciación con nuestro colega alemán.

Jos. Jösten (4), que ha estudiado también modernamente la cuestión, propone métodos muy complejos. Sumerge durante veinticuatro horas los fragmentos del tejido en una solución de resoreina; después, durante media hora, el baño de maría a 90° en hematoxilina férrica; después diferencia en líquido complejo a base de ácidos oxálico, picrocítrico y tánico; lava en agua y disocia en el porta-objetos. Y después aún recomienda para disociar la pepsina glicerizada, y para conservación deshidratación en alcohol y bálsamo del Canadá.

De nuevo De Dominicis (5) vuelve a estudiar la cuestión y preconiza la coloración en solución amoniacal de rutheniumrot (Grübler), pasa por el reactivo de Schweitzer, desfibra en glicerina. Los preparados se decoloran después de algún tiempo.

También últimamente, De Dominicis ha modificado el método de Corin y Stockis a la eritrosina amoniacal. Colorea algunos milímetros del hilo manchado, durante uno o dos minutos, en solución de eritrosina félica; desfibra en el porta-objetos en una gota de euparal y hace la observación microscópica en este medio.

Los resultados que hemos obtenido nosotros con este método nos llevan a proponer otro nuevo reactivo que permite coloraciones tan intensas o más, permaneciendo incoloras las fibras del tejido.

Utilizamos la iodo-eosina amoniacal, o mejor aún, la iodo-eosina félica; 10 centigramos de iodo-eosina en 10 centímetros cúbicos de ácido félico líquido del comercio.

Separamos algunos milímetros de hilo manchado y coloreamos con una gota de iodo-eosina félica en el mismo porta-objetos; pasado un minuto, absorbemos la gota de colorante con papel secante, agregamos una gota de euparal, desfibramos, aplicamos el cubre objetos y procedemos al exa-

(1) B. Baecchi: Ueber eine Methode zur direkten Urteilsung der Spermatozoen auf Zeugflecken. *Viertelj. f. gerichtl. Med.* 1912, Bd. 13.

(2) Bohne: Ein Beitrag zur Spermatozoenfärbung. *Zeitschr. f. Medizinalbeamten*, 1912, s. 909

(3) O. Wallner: Der Nachweis der Samenflecke. *Friedr. Blätter für ger. Med.*, 1911, Heft. 1.

(4) Jos. Jösten: Ueber forensische Spermanachweis. *Weiner med. Woch.*, 1911, núm. 34.

(5) De Dominicis: Nuovo metodo per il riconoscimento dei nemaspermii nelle macchie. *Arch. Intern. de méd. lég.*, 1912.

men microscópico. Se encuentran siempre elementos característicos, las colas resultan visibles teñidas, y las cabezas muy interesantes.

Con la iodo-eosina fénica el examen de estas pequeñas aglomeraciones de cabezas y de colas zoospermos, resulta muy fácil; las colas aparecen bien, pudiendo ser diferenciadas de las fibrillas finas de tejido. *Las fibras del tejido, sobre el cual asienta la mancha, no han tomado el color.*

Las imágenes son tan preciosas que no caben aquí las críticas de Marique a los métodos de colaboración de Corin Stockis y Baecchi, que no definen los citados aglomerados de cabezas y supuestas colas.

Para demostrar por nuestro procedimiento que una zona de tejido de uno o dos centímetros cuadrados, por ejemplo, no contiene zoospermos, no creemos necesario la ejecución de un número crecido de preparaciones. En una preparación coloreamos varios hilos de diferentes partes de la zona y afirmamos o no la presencia de los espermatozoides.

Con anterioridad a nosotros, Dennstedt y Voigtländer (1) habían propuesto la iodo-eosina en solución alcalina, pero fué rechazada por Corin y Stockis porque teñía las fibrillas del tejido y no diferenciaba los zoospermos y elementos extraños.

Finalmente, creemos que también a los histólogos puede interesar la coloración de los zoospermos y de otros elementos por la iodo-eosina fénica.

De la *Revista Clínica*.

PARTO DISTÓCICO GEMELAR

POR EL

Dr. R. María Delgado.

No hace mucho tiempo fuí requerido para prestar asistencia a una parturienta que ya hacía varias horas sufría las atrevidas maniobras brutales de una partera de uñas tan largas como sucias y manos tan puercas como torpes.

Por tratarse de un caso de distocia gemelar, tan poco frecuente que la mayor parte de los tratadistas de Obstetricia no hacen mención de otros análogos quiero en breves palabras dar una sucinta idea del mismo pareciéndome que ha de tener algún interés práctico.

Una vez puesta la enferma a salvo del campo séptico con el que le habían rodeado, no solo la tan celebrada partera, sino que también la familia y vecinas, hijo todo de la que pudiéramos llamar *ineducación obstétrica* de la que en España casi todas las mujeres se hallan en lamentable grado de saturación, me dispuse a enterarme del caso, encontrando un feto muerto que debió presentarse de nalgas haciéndose espontáneamente el desprendimiento de tronco y solo le quedaba por desprender el ovoide cefálico. Una vez acabalgado en mi brazo para

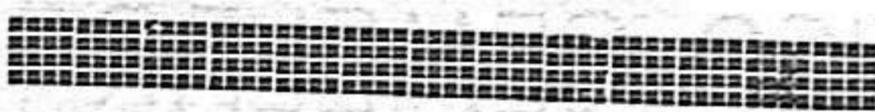
(1) Dennstedt y Voigtländer: «Der Nachweiss von Schriftfälschungen Sperma u. s. w. Braunschweig», 1906, pág. 200.

hacer la maniobra de Mauriceau y al intentar introducir la mano para tomar puntos de tracción en las fosas caninas, me lo impidió una masa dura, escasamente reductible. La palpación me enteró de que era otro feto en presentación de vértice y posición occipito-iliaca—derecha—anterior, estando tan descendido su ovoide cefálico que se hacía irreductible por estar engatillado con el del primer feto.

En vista de la gravedad del caso, reclamé la presencia de un compañero, llegando en mi auxilio mi querido amigo e ilustre Médico titular de Melilla, D. Jorge Solanilla. Probamos nuevamente a conseguir la maniobra de Mauriceau al mismo tiempo que reducíamos, lo poco que nos era posible, el ovoide cefálico del segundo feto, maniobras que fué de resultados tan negativos como las anteriores. Siendo bastante frecuentes y nutridas las contracciones uterinas y habiendo invertido algún tiempo en nuestras manipulaciones, el occipucio del segundo feto se encontraba a punto de rebasar la sínfisis pubiana, estando aún íntegra la membrana anmiótica.

Pensamos entonces que podía verificarse primero el parto del segundo feto, y efectivamente, una vez rota la membrana, nació con una rapidez asombrosa un niño vivo. Solo nos restaba hacer la maniobra de Mauriceau en el primer feto, operación ya fácil una vez libres de obstáculos que antes nos impedía practicarla. Concluimos con abundante lavado uterino y vaginal.

No hubo rasgaduras, ni ulceraciones por compresión ni aún la más ligera infección.



ANSELMO POMAR

Ha poco tiempo que hemos sabido la muerte de un Médico, el Doctor Anselmo Pomar y Sánchez, acaecida en Teruel. La muerte de nuestro amigo no ha tenido resonancia; fiel trasunto de su vida supo también acicalarse con la modestia y engalanarse con la delicada flor del recato, huyendo de exhibiciones y de promiscuar con la vanidad humana, que ciega a determinados hombres en detrimento de la austeridad que debe ser la norma de su existir.

Aunque el telégrafo no ha divulgado el fin de Anselmo Pomar, lo merecía bastante más que lo merecen muchos personajes cuyo relumbrón desvanece las multitudes, engendrando popularidades y aplausos, que si halagan cuando son merecidos no pueden satisfacer cuando no se ganaron en buena lid.

Pomar ha muerto desconocido de los suyos, de los españoles, mientras el político, el torero, el artista, aun siendo mediocres mueren rodeados de aureolas y glorificados. En cambio ilustres personalidades extranjeras hubieron de proporcionarle una última alegría; pero días antes de fallecer remitiendo al humilde periodista Médico, que durante 15 años sostuvo en España la única Revista de Medicina Legal, que se ha publicado entre nosotros, una carta que transcribimos en el idioma en que se halla escrita para no alterar en nada su significado:

«El Signor Dott. Anselmo Pomar y Sánchez,
Direttore del protocollo Médico-forense.

Nel momento in cui il Protocollo Médico-Forense suspende le sue pubblicazioni per le vostre purtroppo non miglorate condizioni di salute i collaboratori del periódico, amici ed ammiratori, vogliono collegialmente manifestarvi i loro sentimentidi gratitudine, di affetto e di considerazione.

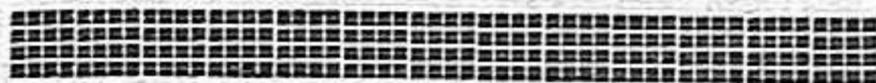
El Protocollo Médico-Forense e stata la prima rivista di Medicina Legale comparsa nella spagna e tutti gli appassionati cultori di questa disciplina sentono che, anche fuovi del campo pratico l' opera vostra serena e disinteresata non e stata seusa importancia per il progresso científico.

Nell' auguravi di pótere prossimamente riprendere tanto apprezzate ocupazioni, vogliate tenere presente che tale augurio e voto, nel tempo stesso che vi atesta il vigilante interessamente di amici esprime pure quanto vi e de ruto da tutti coloro che amano la Medicina Legale.

Dott. Angelo de Dominicis (de Milán), J. Vucetich (de Buenos Aires), Dott. Viviani (de Arezzo), Profesor Obregon, Profesor J. Peset, Profesor Maestre, etc.

Renunciamos a los comentarios. Hágalos quien quiera poniéndose previamente la mano en el corazón.

Lecha-Marzo y Piga.



VARIETADES

Relaciones del hipófisis con las glándulas de secreción interna.— Después de describir macroscópicamente y microscópicamente la glándula pituitaria, M. Dunan estudia las alteraciones que padece después de la ablación alguna de las otras glándulas a secreción interna.

Algunos hechos patológicos (alteración del hipófisis en los bociosos-coexistencia de la acromegala y de la pápera exoftálmica, etc.), luego varios datos experimentales demuestran que la tiroidectomia tiene influencia muy grande sobre la glándula hipofisaria, y que cada vez que está lesionada o no existe la glándula tiroidea, la hipófisis entra en acción, reacciona y se altera.

En la acromegalia y el gigantismo debidos a la persistencia (o al despertar después de 25 años) de la actividad del periostio, por una parte y de los cartílagos juxta-epifisarios por otra, se notan muchas veces unas perturbaciones funcionales o unas alteraciones anatómicas de los órganos genitales. Bien conocido es cuanto crecen los miembros inferiores de los eunucos y de los «skopitzi», secta rusa de castrados voluntariamente. Fundándose en estos hechos, se buscó experimentalmente si existían relaciones entre la pituitaria y los órganos genitales. De sus propias investigaciones y de las de varios autores, M. Dunan concluye que en los pacientes

castrados, la glándula pituitaria se halla en estado de hiperactividad muy grande, reacciona, aumenta su volúmen y acaba por ceder en esta lucha formándose unas modificaciones histológicas muy importantes.

El efecto en la hipófisis de la ablación de las suprarrenales fué poco estudiado. Sin embargo, varios autores han notado un esfuerzo extraordinario de la hipófisis después de la ablación experimental de las suprarrenales. Por otra parte en la clínica, Oppenheim y Loeper han comprobado la hipertrofia del hipófisis en la tuberculosis de las glándulas suprarrenales. Por consiguiente decir se puede que la ablación de las suprarrenales da lugar a un leve hiperfuncionamiento del hipófisis.

En cuanto a la influencia de la ablación del pancreas sobre la glándula pituitaria, los muy pocos experimentos hechos sobre este objeto no permiten determinar esta influencia de un modo muy exacto.

(F. Dunan, *Gazette des Hopitaux* 24 Julio 1913).

* *

Las heridas de la gruesas arterias producidas por la armas de fuego actuales.—Según el Dr. Bergasse, de Versailles, en caso de heridas arteriales, debe el cirujano obrar del siguiente modo:

1.º La intervención urgente se impone ante una hemorragia inminente; en ciertos casos especiales, y para ciertos vasos, más vale practicar la sutura arterial (bajo la garantía de la asepsia) que la ligadura; lo más a menudo, importa hacer una ligadura doble de los vasos;

2.º En la mayor parte de los casos, por no decir en todos los casos, las heridas de los vasos hechas por balas de fusiles modernos no necesitan ninguna intervención en el campo de batalla.

3.º La aplicación de una curación *enjuta, permeable y antiséptica*, la inmovilización mientras dura el transporte del herido, lucharán contra la posibilidad de un aneurisma y la extensión de una infección, evitando además las hemorragias secundarias.

4.º La extirpación del aneurisma, a las cuatro o seis semanas de la herida, cuando esté ya cerrado el trayecto del proyectil, constituye la garantía más segura de una curación radical.

En tales condiciones, por lo demás favorables, puede considerarse la sutura de los vasos como tratamiento del aneurisma. (*Gaceta medicale de Paris*).

* *

Fórmula de Eller contra los dolores de muelas.—Solución de cocaina al 3 por 100, 28 gramos. Sulfato de morfina, 0,75 íd. Algodón absorbente, 28 íd.

Satúrese el algodón, séquese en aire caliente y luego cárdese de nuevo.

Una pequeña cantidad introducida en la muela y en el oído correspondiente calmará los más violentos dolores dentarios. (*Monin*).

* *

Levy-Ring y Durœux.—**Sífilis de la vejiga.** (*Annales des maladies vénér.*)—Después de un estudio histórico muy completo de la cuestión, en el que los autores pasan revista a las manifestaciones vesicales de la sífilis

en todos sus períodos, deducen que esta enfermedad no respeta más la vejiga que las otras partes del organismo. Gracias al empleo de la cistoscopia, se conocerán mejor estas lesiones y las observaciones serán cada vez más frecuentes.

Las lesiones vesicales pueden existir solas o manifestarse al mismo tiempo que otros accidentes de la piel o de las mucosas. No existe el chancre de la vejiga. Las lesiones sifilíticas de la vejiga se traducen por los mismos fenómenos sugestivos que las demás lesiones vesicales: dolores, deseos frecuentes de orinar, retención de orina alguna vez, y, sobre todo, hematurias. Durante el período secundario se puede encontrar en la mucosa, ya un exantema, ya ulceraciones que ofrecen el carácter de placas nuevas. La sífilis terciaria produce, ora ulceraciones, ora tumores papilomatosos. Las ulceraciones pueden dar lugar a una perforación o peritonitis o a una fístula vesieo-intestinal. La curación de las lesiones se verifica rápidamente bajo la influencia del mercurio o del tratamiento mixto.

En presencia de ulceraciones de la vejiga se deberá pensar siempre en la sífilis; el carácter de las ulceraciones, la coincidencia con otras lesiones específicas, la existencia de antecedentes de sífilis, son buenos auxiliares para el diagnóstico; en caso de duda, la reacción de Wassermann y el ensayo del tratamiento mercurial nos confirmarán aquél.

* * *

El apósito transparente, *por el Dr. G. Le Filliatre, Cirujano de las Cárceles.*—Este apósito necesita solamente un trozo de tela en forma de rectángulo; se emplea un tejido especial llamado «cellofana», que es una película blanca, resistente, suave, flexible, muy transparente, fácil de esterilizar en la estufa entre 130 y 140° sin quitarle sus cualidades, su resistencia, flexibilidad y transparencia. Esta película se sujeta por sus bordes a la piel, previamente desinfectada con tintura de yodo y alcohol, mediante una venda de esparadrapo cubierto de caucho al exterior y con óxido de zinc al otro lado.

Este apósito ofrece muchas ventajas:

1.^a Permite vigilar y reconocer la llaga cuando se quiere y también la región operatoria sin quitar el apósito clásico más o menos complicado que se suele poner después de la operación, y volver a poner otro.

2.^a Permite al cirujano economizar tiempo.

3.^a Evita al paciente esfuerzos y dolencia que originan los movimientos que ha de hacer cuando se toca a los apósitos clásicos.

4.^a Merced a la oclusión rigurosa obtenida por el apósito transparente, la llaga sigue en un medio aséptico, a cubierto contra las infecciones secundarias que pueden originar orinas, saliva, excrementos, etc., o a veces el medio ambiente cuando se mueve el apósito para vigilar la cicatrización.

5.^a Este apósito transparente permite asimismo al cirujano no sólo darse cuenta de la flexibilidad de los tejidos de las paredes que han sufrido la operación, sino también de los movimientos fisiológicos de las regiones; así, por ejemplo, de los movimientos respiratorios del tórax o de la pared anterior del abdomen, etc.

6.^a Hay complicaciones pulmonarias que pueden atribuirse a la constricción de la cavidad abdominal o del tóraco por el apósito clásico que

envuelve el cuerpo reduciendo la amplitud de los movimientos respiratorios y el campo de la hematosis.

7.^a Cuando se aplica el apósito transparente al cuello, al tórax, al abdomen o a un miembro, se evitará al enfermo la compresión producida por el apósito clásico que es siempre penosa e impide a veces la circulación normal; y

8.^a En los campos de batalla, el apósito transparente puede prestar servicios muy útiles; en este apósito es fácil de aplicar previo toque de la llaga con tintura de yodo, y permite cerrar de una manera aséptica y rápida una llaga por arma de fuego.

Bajo volumen reducido, por ser mínimo su peso, sería fácil a cada soldado tener un apósito transparente. (*El Consultor terap.*)

*
* *

Reglas para el empleo de la pasta de bismuto.—He aquí las que da el doctor Beck. El que no las observe no obtendrá los resultados que son de desear.

1. Antes de operar una fístula debe inyectarse de bismuto y procurarse una radiografía; esto excluye los casos inoperables y previene operaciones inútiles.

2. No debe emplearse la pasta en casos muy agudos.

3. Para el diagnóstico empléense las radiografías estereoscópicas en lugar de las placas sencillas.

4. En casos en que haya secuestro o un cuerpo extraño en el fondo, no debe emplearse la pasta, hasta que se ha quitado aquél.

5. El error más común está en inyectar con demasiada frecuencia. Por lo menos, debe mediar una semana de inyección a inyección. Si la secreción purulenta cambiase en serosa, no debe repetirse la inyección; si continúa purulenta, debe repetirse.

6. Es esencial que todas las partes de la fístula reciban la inyección; de lo contrario, ésta resulta inútil.

7. Si existe más de un orificio, sólo debe darse la inyección por uno, dejando que salga por los demás. Apenas comienza a escarpar, deben taparse con los dedos con objeto de que la pasta, entrando con fuerza, llene todos los recodos y escondrijos de la fístula.

8. Siempre deben emplearse instrumentos apropiados, con objeto de que la técnica sea perfecta.

9. Debe pensarse siempre en la posibilidad de una intoxicación por el bismuto. Con sólo que se tenga esto presente no ocurrirá nunca.

Mas si alguna vez se presenta, hágase lo siguiente: inyectar en las sinuosidades o cavidades aceite de olivas caliente, retenerlo durante veinticuatro horas y sacarlo por succión. Lavar la fístula o cavidad con aceite de olivas diariamente, hasta que los síntomas hayan desaparecido. El raspado de las paredes de la cavidad agrava la situación.

Para prevenir lo intoxicación no deben emplearse grandes cantidades de casos de cavidades extensas. La coloración azul de goma no significa por sí sola intoxicación por el bismuto, pero indica que han traspasado los límites de tolerancia y que deben suspenderse las inyecciones hasta su completa desaparición. (*Revista Aragonesa*).