

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIV	Bilbao—Septiembre—1908	Núm. 165
---------	------------------------	----------

LA OPERACIÓN DE LA ESCLERECTO-IRIDECTOMIA EN EL GLAUCOMA CRÓNICO

OPERACIÓN DE LAGRANGE

POR EL DOCTOR EGAÑA

En una visita que recientemente hicimos á Burdeos hemos tenido ocasión de asistir á varias operaciones en casos de glaucoma crónico efectuadas por el profesor de aquella Facultad, y asimismo hemos examinado varios casos operados de tiempo atrás, sumamente curiosos y creemos del mayor interés para los lectores de LA GACETA MÉDICA DEL NORTE, darles á conocer los resultados brillantes obtenidos en tan temible enfermedad, por la operación indicada.

Desde hace tiempo los prácticos se han esforzado inútilmente en obtener una cicatriz filtrante con la iridectomía y esclerotomía. Cuando la operación es efectuada con corrección, la filtración no se verifica, pues la cicatriz consecutiva pierde muy pronto la propiedad de dejar pasar los líquidos; la envoltura ocular adquiere enseguida en el lugar de la incisión su anterior resistencia y el proceso sigue su marcha fatal. Otras veces la operación no es tan correcta; un fragmento de iris se prolapsa interponiéndose entre los labios de la herida é impidiendo su coaptación, y de esta manera se produce una cicatriz llamada cistoide que permite el libre paso de los líquidos intraoculares.

Esta cicatriz, obtenida á expensas del enclavamiento

iridiano, tiene muchos inconvenientes, pero tiene sobre la tensión del ojo una acción indiscutible.

Procurando sacar provecho de esta circunstancia, algunos autores han imaginado operaciones basadas en la cicatriz cistoide y así han provocado expresamente el enclavamiento iridiano ó bien han interpuesto entre los labios de la herida un colgajo conjuntival y aún se ha preconizado, como lo ha hecho Hebert, la colocación entre los labios de la herida de un tubo de vidrio capilar.

Critchett Priestley y Smith, en Inglaterra y Wecker, en Francia, han hablado repetidamente á favor de la cicatriz filtrante y hoy es completamente indiscutible que la fácil salida de los líquidos reporta beneficios positivos á los ojos glaucomatosos.

La operación de Lagrange es la que á nuestro juicio garantiza hoy mejor que ninguna otra la filtración tan solicitada por todos, alejando á la vez los inconvenientes del enclavamiento, puesto que el iris queda perfectamente separado de los labios de la herida.

Veamos en qué consiste: Se empieza por instilar en el ojo, una media hora antes de la operación, unas gotas de un colirio de eserina. Esta previa instilación de la eserina es sumamente importante, pues con ella se consigue que el ángulo de filtración quede libre y pueda pasar por él libremente el cuchillo; además, el iris mantenido en la cámara anterior y bien contraído, gracias á esta previa eserinización, no viene á interponerse en la herida cuando se va á hacer la esclerotomía.

Tomadas las precauciones de rigor referentes á la asepsia y antisepsia, se instila un poco antes de operar, cocaína y adrenalina repetidas veces, hasta obtener una anemia bien manifiesta de la mucosa y una insensibilidad completa del iris. Procédese enseguida á la operación para la que se necesita el instrumental necesario á la operación de la iridectomía y unas tijeras finas curvas que corten perfectamente.

Según la clásica costumbre, la dividiremos en tres tiempos:

1.^{er} tiempo.—Punción en la esclerótica á un milímetro del limbo; contrapunción en un punto correspondiente, é incisión de la esclerótica en el ángulo iridocorneal; al terminar la incisión, el corte del cuchillo debe dirigirse hacia atrás, con el objeto de seccionar la esclerótica en bisel ó pico de flauta; cuando el cuchillo se encuentra ya bajo la conjuntiva se la secciona bastante hacia atrás á fin de que quede un gran colgajo conjuntival. (Fig. 1.^a)

2.^o tiempo.—Con unas pinzas finas de diente de ratón se coje el colgajo conjuntival y se le ranversa ligeramente hasta que se ve en su cara interna el pequeño trozo de esclerótica. Con las tijeras curvas se secciona el labio anterior de la incisión, respetando la conjuntiva y quedando de esta manera reseca solamente la porción de esclerótica, inherente al colgajo tallado esclerocorneal. (Fig. 2.^a)

3.^{er} tiempo.—Se hace enseguida la iridectomia, por el procedimiento ordinario y se adapta sobre la herida el amplio colgajo conjuntival tallado en el primer tiempo. (Fig. 3.^a)

Las figuras que acompañan á esta descripción son lo suficientemente claras para comprender la técnica que acabamos de exponer.

Los resultados obtenidos pueden ser estudiados, primero, desde el punto de vista de la formación de la cicatriz, y segundo, desde el punto de vista de las consecuencias funcionales.

1.^o En lo que á la cicatriz filtrante se refiere, diversos son los tipos de cicatrices que de esta operación resultan: esta diversidad cicatricial depende del estado del ojo y principalmente del estado de hipertensión en que se halla. Cuando ésta es muy moderada, la cicatriz se presenta casi plana y solo se nota la pérdida de substancia por una pequeña línea oscura, que se ve á través de la conjuntiva, pero cuando la hipertensión es algo considerable, el líquido que pasa por el espacio subconjuntival levanta la mucosa que adquiere una forma ampuliforme,

recordando la bola de edema que se obtiene cuando se inyecta un líquido en el tejido celular.

Por otra parte, el aspecto de la cicatriz filtrante varía en el mismo enfermo, según el momento en que se le examine; cuando el ojo glaucomatoso no está en hipersecreción, la cicatriz queda plana; ésta queda siempre visible en forma de una línea oscura, como antes dijimos,

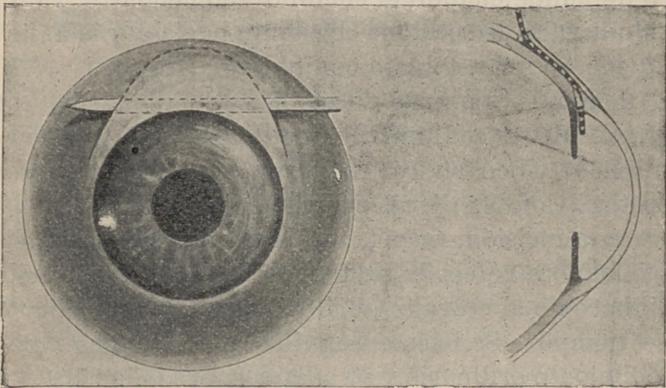


Fig. 1.ª

pero la conjuntiva queda en este punto al mismo nivel, no se abulta; si por el contrario, la secreción del ojo glaucomatoso es exagerada en el momento del examen, la mucosa se levanta, se forma un abultamiento y la cicatriz toma el aspecto de las cicatrices cistóides.

En ningún caso hubo que lamentar enclavamiento iridiano.

2.º En lo que se refiere á los resultados clínicos, hemos tenido ocasión de examinar personalmente varios enfermos operados anteriormente con resultados excelentes; entre ellos, podemos citar un hombre de 40 años con un doble glaucoma simple, operado hace 18 meses en los dos ojos y mantenida su agudeza y campo visual desde la fecha de la operación.

Una mujer de 50 años, atacada de igual afección, en la que sólo se hizo la operación en un ojo hace 4 años y que

igualmente conserva su visión central y periférica; el otro ojo padece un glaucoma absoluto con catarata.

En varios trabajos del Dr. Lagrange han sido ya consignados los satisfactorios resultados que ha obtenido con su operación; he aquí su estadística presentada últimamente en una comunicacion que hizo á la Universidad de Oxford, mas 6 casos publicados posteriormente:

33 casos de operación: 4 casos no seguidos; de los 29 restantes, 3 sin resultado; en estos 3 no se pudo obtener la cicatriz filtrante, por haber obrado tímidamente; estos enfermos no obtuvieron resultado de la intervencion, por resultar insuficiente la resección esclerotical.

Quedan 26 casos favorables: de estos 26, en 12 mejoró notablemente la agudeza visual; 14 veces se mantuvo la misma. Es indudable que la estadística es todavía pequeña, pero los resultados que dejamos consignados, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de glaucoma

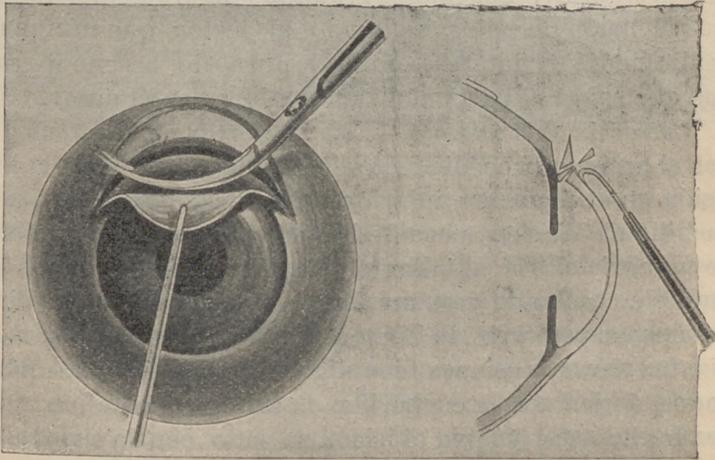


Fig. 2.ª

crónico, son verdaderamente muy dignos de tener en cuenta y creemos que hoy por hoy es el mejor proceder para obtener la cicatriz filtrante tan deseada por todos.

¿Cuándo está indicada la operación de Lagrange?

En los casos en que la tensión es bastante acentuada, la esclerectomía es innecesaria; la misma tensión tendiendo á abrir y separar los labios de la herida hace que la coaptación no sea perfecta y se forme una cicatriz filtrante de bastante duración. Esta es la razón por la que Wecker y sus imitadores han obtenido en estos casos buenos resultados con la iridectomía y aun simplemente con la esclerotomía. Ahora bien; cuando el ojo está menos tenso, la coaptación de los bordes de la herida se verifica perfectamente, sobre todo, si después de la intervención se coloca un vendaje compresivo que contribuya á la mejor adaptación de los labios.

En estos casos de hipertensión ligera é intermitente y en general cuando la tensión es poco acentuada, es en los que está principalmente indicada la operación de Lagrange.

Otros puntos también curiosos hemos observado en la práctica del Dr. Lagrange y aunque ligeramente, haremos mención de ellos, invitando al lector que más particularmente se interese, á la lectura de las monografías que sobre el particular tiene publicadas el autor.

Operación de la catarata.—Esta la efectúa en cierto modo por el antiguo procedimiento de Daviel, pues hace la incisión en el segmento inferior de córnea, empleando un cuchillo de Wecker, pero de bastante anchura, con objeto de no herir el iris al tallar el colgajo, teniendo cuidado que éste resulte de gran amplitud; después, con unas pinzas finas capsulares de Terson extrae la cápsula y mediante suaves presiones bien digitales á través de los párpados, ó bien con la cucharilla, da salida al cristalino, una vez hecho esto, vuelve el iris á su sitio con la espátula, sin hacer nunca nuevas presiones para extraer los restos de cristalino, con el objeto de no fatigar al iris, siendo para él, ésta, la principal causa de los enclavamientos post-operatorios; para extraer los restos de cristalino, si los hubiera, hace el lavado de la cámara anterior con una jeringa de doble corriente inyectando un líquido cempuesto

por él perfectamente esterilizado y de composición idéntica al humor acuoso normal, graduando su temperatura á 37°. De esta manera, el líquido inyectado es recibido con la menor violencia por parte del ojo y perfectamente tolerado, pues las condiciones de temperatura y composi-

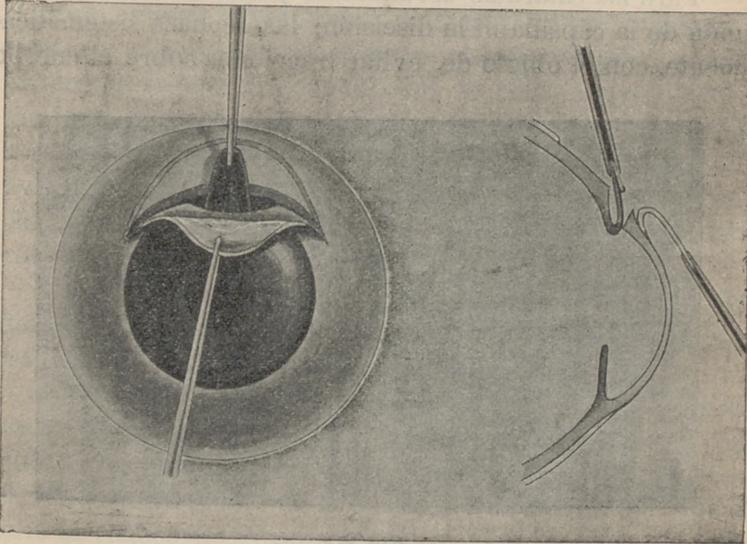


Fig. 3.ª

ción son las propias de aquel líquido y las presiones que éste pudiera determinar en la cámara anterior por acción de presencia, son también suprimidas á beneficio de la doble corriente de que está provista la cánula; en efecto, la misma cantidad inyecta que aspira y en esta aspiración son arrastrados los restos de cristalino que pudieran quedar. A veces estos restos son tan considerables, que es necesario verificar la inyección repetidas veces, hasta que la pupila quede bien transparente. Inmediatamente después hace una instilación de eserina y aplica el vendaje binocular.

La elección inferior del colgajo corneal obedece simplemente á que por esta parte es mucho más fácil la aplicación de la cánula para el lavado, pues con la tendencia

del enfermo á mirar hacia arriba, sería por este punto más peligrosa la operación.

La cicatrización se verifica como con el proceñimiento clásico y los resultados son magníficos: el iris queda íntegro y su reacción á la luz es perfecta.

Para las cataratas secundarias jamás hace la extracción de la cápsula ni la discisión; las rechaza sistemáticamente, con el objeto de evitar tracciones sobre el cuerpo

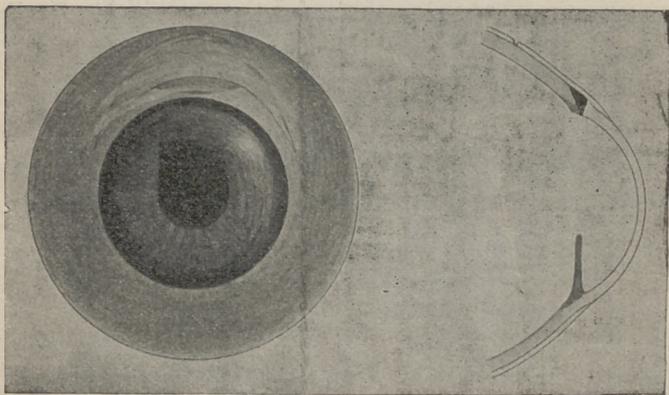


Fig. 4.ª

ciliar, que más ó menos tarde determinan neuralgias, de las que suele ser la causa una ciclitis tórpida, originada por las antiguas tracciones. Siempre hace la capsulotomía.

Electrolisis de las vías lagrimales—En los casos de estrecheces del conducto nasal, emplea la electrolisis, introduciendo una sonda, que es el cabo terminal del polo negativo en aquel conducto, pero recubierta en su mitad superior con una substancia aisladora, con el objeto de evitar la acción electrolítica en otro sitio que no sea el conducto; el polo positivo con un tapón de algodón húmedo, lo aloja en la fosa nasal correspondiente. Aplicados los polos en esta disposición, hace pasar la corriente muy suavemente, midiéndola con un amperímetro muy sensible hasta llegar á 5 miliamperes; la duración de la sesión

es de tres á cuatro minutos y el número de sesiones es de dos, á lo sumo tres, en el término de 4 á 6 días, economizando de esta manera un mes ó mes y medio, que serían necesarios por el tratamiento ordinario de la dilatación por las sondas de Bonman.

Estrabismo.—En los casos de estrabismo concomitante interno, emplea la tenotomía del recto interno, ejecutada siempre en los dos ojos, pero moderadamente, nunca exajera la tenotomía; cuando ésta no basta, hace el avanzamiento del recto externo ó simplemente el avanzamiento capsular de Wecker según la corrección que se desee obtener. Opera siempre en los dos ojos con el objeto de repartir por igual el exoftalmo y conseguir además este efecto estético.

Cuando el estrabismo es externo, el avanzamiento del interno y la tenotomía moderada del externo del ojo estrábico es su procedimiento usual.

Mejoramiento de la prótesis ocular por el injerto del ojo de conejo.—Habiendo fracasado varias tentativas hechas en este sentido por otros autores, se ha creído que dicha operación es irrealizable en la práctica, porque el ojo injertado se reabsorbe. Nosotros hemos visto un caso de más de tres años de fecha, en el que el injerto conserva un volumen muy suficiente y una amplitud de movimientos muy adecuada para la aplicación de la prótesis. Por referencias del autor y por trabajos anteriores del mismo, sobre el particular, tenemos noticias de otros varios casos acompañados de igual éxito.

Las diferencias de resultados se deben, según Lagrange, al modus faciendi. Él concede suma importancia á los siguientes puntos:

1.º En cuanto se hace la enucleación del ojo enfermo debe pasarse un hilo por cada uno de los músculos rectos, con el objeto de evitar su retracción y tenerlos siempre á mano.

2.º No colocar nunca el ojo injertado hasta que se haya cohibido en absoluto la hemorragia.

3.° Elegir un ojo de conejo de mediano ó pequeño volumen perteneciente á un animal joven.

4.° Introducir el ojo en la cápsula de Tenon y suturar delante de él los cuatro músculos rectos por pares.

5.° Por encima de las suturas musculares que tienen por objeto fijar delante del ojo la cápsula de Tenon, se sutura la conjuntiva.

6.° La operación se termina por un vendaje oclusivo ordinario y los hilos conjuntivales son quitados á fin de la primera semana.

Prostatectomia Perineal Subtotal

Nuestro operado José de B., de 74 años de edad, natural de Marquina, es corto en su historia patológica y largo en accidentes post operatorios.

De complexión fuerte sin enfermedad alguna durante su vida, muéstrase orgulloso de su agilidad, á pesar de los ochenta kilos de peso.

Admirador del Greco y Velazquez, nos hace pasar ratos agradables con teorías originales sobre la tonalidad y colorido en la pintura.

Le vimos por primera vez el 22 de Octubre de 1907. Su enfermedad actual manifestóse cuatro meses antes por dificultad en la micción y frecuencia nocturna (5 ó 6 veces). Sobrellevó con resignación su afección hasta dos días antes de la citada fecha que sufrió un ataque de retención completa. El día de nuestra consulta nos relata el enfermo que su micción es imperiosa, frecuente (cada media hora por las noches) y difícil, necesitando esfuerzos considerables y adoptar posiciones (en euclillas) que favorezcan una presión abdominal mayor sobre la musculatura vesical para ver aparecer las primeras gotas de orina.

Examen: Palpación renal = o. Percusión; ligera macidez en la región hipogástrica.

Tacto rectal: Lóbulos prostáticos algo aumentados de volumen, un poco más el izquierdo que el derecho, de consistencia firme y regular.

Invitado á orinar expulsa pequeña cantidad de orina turbia, que deja depósito en el vaso que se recoge.

Exploración uretro-vesical: El explorador Olivar n.º 20, pasa fácilmente por la uretra anterior, con dificultad por la posterior acusando desigualdad y alargamiento del trayecto prostático.

Orina residual=100 c c.

Capacidad vesical=160 c c.

Examen cistoscópico: Vejiga normalmente vascularizada á excepción de los alrededores del cuello con ancha faja roja no prominente; depresión inmediato al cuello, no se divisan los ureteres.

Se instituyó un plan apropiado y como medicación la urotropina en sellos de 0,50, dos al día y los lavados con nitrato de plata, 1 por 1.000, á la mañana, y ácido bórico á la noche, seguido de evacuación vesical completa, con objeto de descansar más al acostarse.

Viendo que no mejoraba su estado local y comenzaba á alterarse su salud general, convinimos en operarle. Pero antes nos cercioramos de la depuración renal por medio del azul de metileno, (1 por 20, 1 c. c. en inyección) que dió el siguiente resultado: Aparece el azul á la media hora, aumentando de tonalidad hasta las 5 ó 6 horas de la inyección; á partir de aquí disminuye progresivamente hasta las últimas recogidas 12 horas y desaparece por completo á las 44 horas.

El análisis químico efectuado por nuestro distinguido amigo Dr. Arístegui, acusa ligeras variaciones sobre la normal por litro; no existe ni albumina ni glucosa.

Operación el 28 de noviembre.

Posición del operado, perineal horizontal (invertida de Prout); cloroformista D. Antonio Uriarte; nos ayudan nuestros amigos Dres. J. Arrate y Larrínaga.

Incisión en arco de círculo, de un isquión al otro, pasando

á dos traveses de dedo del ano que comprende la piel y el tejido celular subcutáneo.

Este tiempo no es nada fácil, pues presenta una gran cantidad de grasa y precisa ahondar el bisturí alrededor de los isquiones; el estrecho espacio perineal nos dificultará nuestros trabajos posteriores. Una fuerte pinza en T, en labio posterior de la herida mantenida en tracción hacia abajo agranda el campo operatorio.

Reparamos el centro de unión de los músculos superficiales del periné, incidimos siguiendo el borde posterior del transverso superficial y trabajando con los dedos y la sonda acanalada hacemos más prominente la eminencia bulbar que ya se percibía.

Guiados por el beniqué n.º 50 que se introdujo con anterioridad en la uretra procuramos salvar el bulbo ayudados con las tijeras curvas; delimitamos el bulbo sin herirle, y una hemorragia en *nappe* nos impide avanzar.

Taponada la herida después de unos minutos de descanso, continuamos la operación,

Se va al encuentro del músculo recto-uretral; con los dedos índices, que trabajan ambos lados de la herida, se hacen ostensibles los bordes de los elevadores del ano y se pone en evidencia el músculo recto-uretral; se secciona éste y los dedos penetran en el espacio retro-prostático, la hemorragia en mantel continúa.

Se protege el recto con una valva y á nuestra vista la próstata recubierta de su lamino-genital. Se incide la uretra prostática del pico á la base sobre el benique.

Retirado el cateter y reparados los bordes por medio de dos pinzas, hacemos la separación capsular lo más lejos posible. Con el bisturí se practica un corte oblicuo sobre el tejido prostático mitad derecha para hacer mayor presa con la pinza ó garfios para la ablación de la glándula.

La ablación del lóbulo derecho es difícil y se hace pedazos.

La misma maniobra con el lóbulo izquierdo y su extracción se hace en dos trozos.

Introducidos los dedos (índice derecho para el lóbulo dere-

cho é izquierdo para el otro) se vé que la extirpación está bien hecha; el dedo en la vejiga no percibe la existencia del lóbulo medio.

Se coloca un grueso tubo sonda en la vejiga, que sale por el periné, se hace las ligaduras arteriales taponando la herida con gasas, dos puntos de sutura en la piel. Vendaje en T.

Todo marchó bien durante los tres primeros días; se cambiaron las curas exteriores por hallarse mojadas de orina. Orinas recojidas en el orinal mezcladas con sangre; temperatura 36,8.

El cuarto día 39,6. Se levantó la cura; la herida presenta buen aspecto, ligero rezumamiento sanguinolento.

Se hace un lavado vesical con nitrato de plata, solución 1 por 1.000, se tapona de nuevo y se le venda. Se le administra una purga de 30° de aceite de ricino.

Al siguiente día remite la temperatura 36,9. Nada de anormal.

El día 6 de Diciembre se le levanta la sonda-tubo perineal y se sustituye por una sonda uretral permanente número 19 bequille.

Día 7. La noche anterior la pasó agitada; se arrancó la sonda levantándose de la cama, luchando con la monja, que quiso impedir sus propósitos. Nos dice la Hermana de la Caridad, que el enfermo deliraba hablando de sus cuadros y pinturas. La orina sale por el periné inundando el vendaje y la cama; temperatura 38°; lengua saburrosa. Se hace la cura, se le coloca de nuevo la sonda (sondaje fácil).

Día 8. Ha pasado la noche más agitada que la anterior; habla de las mismas cosas; se extrae él mismo la sonda; reparte mándobles á la monja y practicante de guardia, que no pueden convencerle de ningún modo y se pasea tranquilamente con una manta en los hombros durante más de dos horas por el cuarto.

La temperatura 38,2; lengua sucia; nodulos de epididimitis en los dos testículos.

Se renueva la cura y la sonda permanente uretral.

Uno de nosotros, que pasó la visita á las dos de la tarde de dicho día, encontró al enfermo en estado alarmante, profun-

damente dormido, respiración superficial muy espaciada, pulso imperceptible; pupilas contraídas; anestesia completa; extremidades inferiores completamente frías; temperatura axilar 36,4. En el vaso de cristal donde cayó la sonda apenas existían veinte gramos de orina; las sábanas secas; la sonda funcionaba perfectamente, pues la solución boricada inyectada sale parte por el periné y la mayor cantidad por la sonda.

Analizado el caso, pronto nos percatamos de la gravedad; dimos verdadera importancia á las noches agitadas de días anteriores, sucediendo al período de excitación el comatoso de la anuria. Merklen en su magistral estudio sobre la Anuria, describe la anuria calculosa, que pasa rápidamente de la polyuria á la supresión de orinas que revela una insuficiencia en la secreción renal. Sin embargo, nuestro enfermo eliminó perfectamente el azul de metileno; no existía antecedente alguno urinario; nos era difícil encontrar una causa que expresase aquel cambio repentino. La alimentación del enfermo hasta este día era bien simple: caldos, café y pequeñas cantidades de leche que no eran de su agrado.

El tratamiento que se instituyó fué inyecciones de suero artificial caliente, 1.200 gramos en 10 horas, inyecciones de aceite alcanforado y grandes enemas rectales de líquido salino.

Después de la primera inyección de suero (300 gramos) aumenta algo la tensión arterial que decae rápidamente.

Día 9. Sin ninguna variante el estado del operado es el mismo; la inflamación epidymaria aumenta; algunas gotas de orina en el vaso; la sonda no presenta obstrucción alguna. Análogo tratamiento.

La noche de este día, sospechando que la causa de aquellos trastornos pudiera ser la inflamación testicular, viendo por otro lado que la sonda permanente no cumplía fin alguno, decidimos levantarla y dejarle sin sonda uretral ni perineal.

Día 10. El pulso es más frecuente y más lleno; temperatura 36,3; seguimos el mismo tratamiento. A las cuatro de la tarde sobreviene una abundante polyuria verdadera debacle urinaria acompañada de diarrea profusa. Se hizo la cura dejándole sin sonda.

Día 11. Se inicia la mejoría; contesta por movimientos de cabeza á nuestras preguntas, acusando dolores en la región escrotal. Temperatura 36,6; la lengua seca cubierta de gruesa capa saburral color café.

Va mejorando rápidamente; orinas abundantes; el día 15 se le coloca de nuevo una sonda perineal que entra con dificultad y guiado por el dedo.

El día 18 se sustituye la sonda perineal por la uretral número 17 que pasa con cierta dificultad y ayudado por el dedo en la herida perineal, que presenta buen aspecto.

El día 24 se suprime la sonda uretral; comienzan las sesiones de dilatación uretral con bujías olivares á partir del 18.

Se inyecta en la vejiga ochenta gramos de la solución de ácido bórico al 3 por 100; invitamos á orinar y sale casi todo por el periné, algunas gotas por la uretra.

Día 28. La herida perineal casi cicatrizada; con la dilatación, hemos llegado al núm. 50 Beniqué. La capacidad vesical es de 90 gramos; el líquido inyectado no sale por el periné ni tampoco por la uretra en forma de chorro sino babeando y de una manera continua. (Incontinencia de orina).

El enfermo se marcha á Marquina y encomendamos á nuestro amigo el Dr. Arrate el tratamiento (dilatación, lavados y sesiones de electricidad).

La incontinencia ha ido cediendo paulatinamente hasta desaparecer por completo.

El día 12 de Julio visitamos al enfermo, siendo su estado el siguiente:

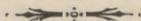
Orinas claras. Sondaje fácil. Residuo vesical=0. Capacidad 180 gramos. Retiene perfectamente, orinando con facilidad y á chorro tendido. Tacto rectal; no se percibe induración alguna, cicatriz perineal blanda; orina cada tres ó cuatro horas durante el día y dos ó tres á la noche.

Réstanos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Franco de Arrate por su cooperación, que ha contribuído eficazmente al buen resultado de esta prostatectomía (1).

JESÚS DE ARRESE Y CIRIACO IRARRAGORRI.

(1) Los pedazos de prostata extirpados pesan en total 25 gramos; no se ha hecho análisis anatomo-patológico.

REVISTA EXTRANJERA



Los sarcomas primitivos del epiplón, por los Doctores René y Emilio Bonamy.—Hasta el año 1870, estos tumores han sido desconocidos casi por completo en atención á su excesiva rareza y dificultad diagnóstica. Las diferentes autopsias hechas con otros motivos distintos de su investigación, son las que demostraron su existencia.

Por tanto, no es extraño que falten datos bastantes en su estudio. Apenas se conocen más de una quincena de observaciones comprobadas histológicamente en Europa y América, de sarcoma primitivo epiplóico.

Dos tesis de los Dres. Marquis y Lorreyete, publicadas en 1872 y 1875 y la de Camus en 1891, se ocupan de ellos.

La más reciente, titulada *De las neoplaxias primitivas del epiplón*, refiere las muchas variedades que pueden existir, citando las siguientes observadas:

Once casos de sarcoma fuso-celular.

Uno id. id. globo-celular.

Tres id. id. mixo-sarcomas.

Uno id. id. fibro-sarcoma.

La primera es la más importante y observada por el autor.

El carácter común á todos estos tumores, es su grande vascularización, con la particularidad de que sus infinitos vasos carecen de pared propia, circulando la sangre en contacto de las células sarcomatosas. Esta fragilidad de las paredes vasculares, explica bien la presencia casi constante de la ascitis hemorrágica y que es un signo diagnóstico importante. Así mismo, se comprende la formación en su interior de cavidades quísticas conteniendo un líquido rojizo ó negruzco.

Macroscópicamente, estas neoplaxias pueden clasificarse en dos grupos: uno, constituyendo un solo tumor voluminoso, que nace y crece en el gran epiplón, y otro, formando un número variable de pequeñas masas del grosor de una arveja ó pequeña manzana en for-

ma confluyente más ó menos marcada. En este último caso, existe, casi siempre, sobre el resto de la serosa peritoneal nódulos idénticos á los del epiplón. En la primera variedad, las masas, á veces enormes, toman una forma irregular y festoneada y en otros casos, afectan la del epiplón, que parece simplemente engrosado ó de tumores globulosos redondeados, de aspecto violáceo, con muchos vasos y huecos. Algunas veces se asemejan á grandes esponjas llenas de sangre.

La segunda variedad, observada por Müller en Filadelfia, y en París por Segond, ha sido objeto de errores diagnósticos, que dieron lugar á una laparotomía, encontrándose al hacerla con un campo de fresas inextirpables y al cierre consecutivo del abdomen.

Los sarcomas del gran epiplón tienen una tendencia marcada para adherirse é los organos vecinos y por tanto la extirpación suele ser casi siempre difícil ó imposible.

Su principio suele ser insidioso y lo único que choca á los enfermos el ver aumentar de volumen á su abdomen. Si existe dolor es pequeño ó se limita á la sensación de peso, que obliga á sentarse y descansar al sujeto afecto.

Algunas veces los dolores son muy vivos y en forma de crisis abdominales debidas á obstrucciones intestinales. En efecto; se han observado éstas, coincidiendo con astricción de vientre rebelde, vómitos é hinchazón del vientre, dando lugar á la creencia de que el tumor tenía asiento en el intestino, que fué desvanecida por una intervención. Su gran volumen, en ocasiones unido á las adherencias vecinas, comprime y acoda los intestinos en términos de producir un vólvulo.

Sin llegar á tales extremos, la astricción suele ser la regla y el mismo enfermo llama la atención del médico.

Este síntoma es importante, tanto al principio de la enfermedad, como en su periodo de estado, por lo que afecta á los fenómenos gástricos.

Al principio, lo que se nota es una sensación de peso en el estómago con digestiones lentas y dolorosas, no presentándose indicio alguno de tumor y el enfermo es tratado como dispéptico con dilatación de estómago ó complicado con cirrosis hepática.

Cuando aparece el tumor y aumenta de volumen, crecen los des-

arreglos gástricos, hasta el punto que no se puede tolerar alimento alguno, lo cual contribuye á debilitar el organismo.

Un fenómeno mecánico explica estos síntomas: los tumores están íntimamente ligados á la gran curvatura del estómago y le atraen hacia abajo, ocasionando la gastropósis; por el contrario, cuando el tumor adquiere gran volumen, el estómago es rechazado y comprimido por él, resultando modificaciones de forma y relaciones del órgano.

Casi siempre los enfermos se presentan al cirujano inquietos, por el volumen del vientre, falta de fuerzas y enflaquecimiento que observan.

Al inspeccionarlos, en efecto, tienen aspecto caquéctico, no tienen apetito y carecen de fuerzas, llamando la atención su abdomen abultado con piel reluciente y recorrida por una circulación venosa colateral desarrollada.

A la palpación, se percibe un tumor voluminoso, que tiene su asiento en la región periumbilical ó llenando toda la cavidad abdominal. El tumor es muy movable, especialmente en sentido transversal, lo cual constituye un signo excelente en los tumores desarrollados en el gran epiplón, cuando no son muy grandes.

Generalmente la forma de estos tumores no es regular, sino dentada y lobulada, viéndose al lado de partes sólidas; otras, francamente fluctuantes.

La palpación que es fácil, demuestra la relación directa de estos tumores con las paredes abdominales, que son movibles por encima de ellos, salvo adherencias extensas muy frecuentes.

La presión ejercida sobre ellos suele ser indolente.

Un carácter importante es la matidez absoluta que existe delante de esas neoplaxias, porque rechazan hacia atrás todo el paquete intestinal, no interponiéndose ása alguna entre ellas y la pared abdominal.

Percutiendo con cuidado, se advierte que esa macidez se detiene bruscamente hacia la parte superior del tumor, para dar lugar á una zona de sonoridad de forma curva, cóncava hacia arriba, que corresponde á la gran curvatura del estómago. En la parte inferior es la matidez convexa hacia abajo y á los lados la sonoridad es exagerada y corresponde á los intestinos rechazados por el tumor.

El tacto vaginal demuestra libertad en el útero y fondos de saco.

Todos estos signos no son verdaderamente claros, más que en un caso, término medio en que la masa epiplóica conserve sus relaciones normales. Pero si el tumor es grande y se extiende al epigastrio y bacinete, yendo, además, acompañado de ascitis, los datos anteriores no conservan un gran valor y el diagnóstico es muy difícil ó imposible. Así es que, en este caso, la laparotomía exploratriz se impone como único medio de zanjar la conducta médica.

Visto que los síntomas de estos neoplasmas son comunes á otros tumores abdominales, no extrañarán los errores diagnósticos cometidos. Y, si á esto se añade la rareza de la afección, el cirujano ni se acuerda siquiera de que se puede tratar de un sarcoma epiplóico.

El primer elemento de diagnóstico será el de la situación media de los tumores del epiplón. Apreciada ésta, pueden ser eliminados los neoplasmas del hígado, bazo y riñones. Además, un tumor renal está generalmente fijo, mientras que otro del epiplón es movable; aunque se trate de un riñón flotante, el error es imposible, puesto que éste puede ser reintegrado á su sitio y no es posible dislocarlo lateralmente hacia los dos lados del abdomen.

Los tumores del hígado siguen los movimientos respiratorios y en ellos la zona de matidez continúa sin interrupción la región hepática.

El diagnóstico diferencial con los tumores del mesenterio, que tienen asiento también en la línea media abdominal y se acompañan de muchos síntomas parecidos á los del sarcoma epiplóico, se aclara al percutir el abdomen que da una sonoridad anterior por hallarse los intestinos inmediatos á la pared y no hay macidez como en el segundo.

Los tumores desarrollados á expensas del útero y sus anejos, vienen casi siempre á poner en contacto los intestinos y su masa con las paredes abdominales; dificultan el diagnóstico, porque además se observa que los sarcomas epiplóicos son más frecuentes en la mujer que en el hombre.

Sin embargo, para los tumores uterinos, los fenómenos generales observados del lado del aparato genital y las relaciones suministradas por la palpación, permiten diferenciarlos en la mayoría de casos.

La distinción con los tumores del ovario y particularmente con

los quistes, es más difícil. Del mismo modo que los tumores del epiplón pueden ser movibles, tener asiento en la línea media, presentar matidez por delante, etc.; y de aquí el error fácil en cometer, máxime la frecuencia de esas afecciones ovarianas.

Un buen signo suministrará la forma de su desarrollo: los tumores ováricos evolucionan de abajo hacia arriba y los del epiplón tienen su partida periumbilical, y de ahí se extienden hacia abajo, primero, y más tarde hacia arriba, si el volumen es grande. Además, llegados estos últimos á la pelvis, empujarán hacia abajo á los órganos genitales, mientras que sucederá lo contrario con los de origen ovárico.

Finalmente, la forma de la matidez, regularmente redondeada en el quiste del ovario, tendrá un límite superior cóncavo por arriba en los del epiplón.

La dificultad diagnóstica se aumenta por la presencia de la ascitis, más ó menos abundante, que impide el verificar una palpación de resultados prácticos; pero puncionándola á título de exploración nos dará alguna luz, puesto que el líquido que se extrae será francamente hemorrágico ó de un color moreno.

La duración de la evolución de los sarcomas epiplóicos, aunque en general es rápida, puede ser muy variable.

En los casos no operados, se cuenta un espacio de tiempo de seis meses á un año comprendido entre la aparición del tumor y la muerte del enfermo; pero en los intervenidos quirúrgicamente hay algunos que se han contado dos, cuatro y siete años, por hallarse el tumor circunscrito y reciente, y otros en que no han durado los enfermos más que si se hubiera prescindido de la operación.

En general, esta afección es rápidamente mortal, bastando un año para su evolución natural.

Mueren los enfermos por caquexia y puede la afección sufrir pequeñas detenciones en su marcha.

La peritonitis y la obstrucción intestinal suelen á veces acabar la existencia, como complicaciones intercurrentes.

En cuanto al tratamiento, no hay más remedio que conceder algún valor al quirúrgico, único que puede curar un limitado número de casos ó prolongar la existencia por lo menos, según la variedad, antigüedad y evolución del tumor sarcomatoso.

La ablación de éste tiene puntos muy difíciles y delicados, dadas su extremada vascularización y la debilidad en que llegan los enfermos á manos del cirujano. A poca hemorragia que haya y los inconvenientes hemostáticos, si es abundante, el shock operatorio es muy temible que acabe con la vida del operado.

Otra grave dificultad reside en las múltiples y fuertes adherencias que el tumor puede tener con los órganos abdominales, especialmente el intestino.

En suma: el sarcoma del epiplón es una afección gravísima, de evolución rápida, de tumoración única ó múltiple, constitución histológica variada y que desgraciadamente es mortal en la mayoría de casos, á pesar de una intervención quirúrgica, único medio terapéutico, por hoy, de que podemos disponer.

La urgencia en el tratamiento de las heridas articulares, por el Dr. P. Hardoüin.—Las sinoviales de las articulaciones son seguramente en el organismo los tejidos más sensibles á la infección. No puede comparárselas á la serosa peritoneal cuya defensa es mayor contra los agentes microbianos, por su actividad nutritiva.

De aquí el que se halle siempre justificada la urgencia terapéutica empleando la más rigurosa asepsia considerándolas infectadas.

Tan necesaria es la limpieza y desinfección, que se puede juzgar de antemano un servicio quirúrgico cualquiera por los resultados obtenidos en las heridas articulares curadas con oportunidad.

Las articulaciones más frecuentemente atacadas son por el orden siguiente: tibio-tarsiana, rodilla, codo, hombro y muñeca.

Circunscribiremos á las dos primeras como más numerosos los principios generales del tratamiento que será aplicable á los demás casos.

La causa más común que produce las heridas de la articulación tibio-tarsiana es la fractura de Dupuytren, en la que el maleolo interno, violentamente llevado hacia afuera por el potente ligamento lateral interno, se rompe á un centímetro de su punta. Este fragmento pequeño es arrastrado con el astrágalo y el maleolo peroniano fracturado á su vez, siguiendo la desviación total del pie hacia afuera y atrás. De aquí resulta que la extremidad inferior de la tibia, quedando en su sitio, la piel que cubre la región interna de la garganta

del pie, se distiende por encima como una cuerda de violón sobre su caballete.

La desviación del pie sobre la pierna puede ser tan graduada que la piel sea seccionada por el hueso cortante. Este es el caso corriente de la fractura complicada de Dupuytren con abertura articular.

En otros casos, por el contrario, la piel resiste al traumatismo. La apertura articular puede tener lugar en los días siguientes al accidente, sino se ha reducido la fractura con cuidado, por esfacelo de la piel fuertemente comprimida en su parte profunda por el fragmento tibial superior.

Se ve también, aunque rara vez, sobrevenir la apertura de la articulación por otro mecanismo distinto del expuesto. Cuando el pie ha sido llevado hacia afuera, como precedentemente, el ligamento lateral interno puede romperse, sobre todo, en los casos en que un cuerpo contundente viene á obrar directamente sobre él inmediatamente por debajo del maleolo.

En cuanto á las causas de apertura de la articulación de la rodilla, se concibe que son variadas, dada la gran exposición que á todos los traumatismos corre.

En los países de mucho arbolado, los podadores, por la postura especial que adoptan, se hieren con el hacha con facilidad en la rodilla ó en una caída del árbol.

La primera cuestión que ha de resolverse en una herida de la región femoro-tibial ó tibio-tarsiana, es la de asegurarse y ver si aquella penetra ó no en la articulación.

En general es fácil la contestación, tratándose de la garganta del pie, porque salta á la vista. El sitio de la herida y la exposición de los cartilagos articulares permiten afirmar la complicación.

Por el contrario, es bien difícil el precisar el diagnóstico de una herida articular de la rodilla. Si existe una larga ó extensa brecha que deje ver la articulación ó si el líquido sinovial sale al exterior, es claro el asunto; pero en el caso de que la herida cutánea mida dos ó tres centímetros de anchura y disminuye rápidamente, hace la profundidad y el individuo es adiposo, el diagnóstico puede ser muy dudoso. Será preciso el inquirir los detalles de cómo ha tenido lugar el accidente, la dirección del golpe, etc., etc., al examinar la herida. Se tendrá en cuenta, á ese objeto, que el fondo de saco subtricipital

sube hasta seis centímetros sobre el fémur y comunica con la articulación de la rodilla. Es decir, que la herida debe ser considerada en la inmensa mayoría de casos como articular.

Nunca se hará el reconocimiento de ella por medio de un estilete, á menos que se tenga todo preparado para intervenir inmediatamente. Si este examen es positivo, estamos en el primer tiempo de la artrotomía.

Cualquiera que sea la articulación comprometida, es necesario evitar toda clase de movimientos en el enfermo y con ello la predisposición al desarrollo de una infección, será menos probable. Si el herido puede ser curado en el sitio del accidente, no se le llevará á otro, sino después de haberle inmovilizado por medio de tablillas ó aparato enyesadó provisionalmente.

En segundo lugar, se debe operar con presteza, puesto que cada hora que transcurra es un inconveniente á su curación. Casi todos los enfermos que hemos operado en las doce primeras horas, han curado sin infección y con un resultado funcional para el miembro, inmejorable.

Pasado este período, la articulación se infecta y cualquiera intervención que se plantee, podrá atenuar la evolución del proceso; pero el final será imperfecto.

La mayor parte de los autores continúan sirviéndose, bajo el punto de vista de las indicaciones operatorias, de la antigua clasificación en heridas estrechas ó por picaduras punzantes y anchas. Acerca de las primeras cabe la discusión sobre si han de ser objeto ó no de intervención, y en las segundas, desde luego, ésta se impone.

Esta clasificación, sin embargo, no responde á la clínica.

Toda articulación abierta está infectada y debe ser tratada como tal; una herida exígua hecha en la rodilla por un estilete ó punzón ó con una de las púas de esas palas norteamericanas empleadas en remover estiércol, etc., son singularmente más graves que una abierta completamente.

Colocándonos siempre en el caso de una intervención urgente, la sola distinción que cabe en la práctica es: ó el herido se encuentra en condiciones tales, que la infección de la articulación no resulte grave por tratarse de una herida ancha, limpia de bordes y hecha por un instrumento exento de suciedad alguna, pudiéndose intervenir inme-

diatamente, ó por el conirario, la solución de continuidad está llena de polvo, resto de vestidos, etc., tiene bordes contusos y el agente productor ha estado sucio y sobre todo, sino se ha podido intervenir dentro de las doce horas primeras después del accidente.

En ambos casos la abertura y drenaje de la articulación serán practicados, pero de una manera distinta en cada categoría de gravedad.

En el primer caso, ó sea de articulación infectada en poca intensidad, inmediatamente después del accidente, intervendremos del modo siguiente: después de una desinfección rigurosa de las manos y región enferma hecha con el mismo cuidado que si se fuera á prepararse para una laparotomía, se procede á desbridar la herida plano por plano hasta el nivel articular, incindiendo lo que haga falta, si se juzga insuficiente el orificio accidental. Esto facilita el examen de la juntura, el aseo del trayecto y permite quitar, por medio de pequeñas compresas, los coágulos y cuerpos extraños que han podido introducirse y formarse en ella. Un tubo de un centímetro de grueso, por lo menos, colocado en la articulación, hace el drenaje.

La clínica demuestra que con ambos medios se pone á raya una infección que existía virtualmente.

Sin embargo, muchos autores todavía dicen, que este modo de intervenir es grave y excesivo para una herida pequeña, á la cual le bastarían unos puntos de sutura y el reposo absoluto para curarla; pero en la práctica hemos visto dolorosas decepciones con ese modo terapéutico de complacencias y nos obligan á rechazarlo en absoluto. ¡Qué de artritis purulentas aparecen antes de los ocho días y qué mortalidad tan grande causan!

Tratando el caso segundo y sobre todo si existen ya signos manifiestos de una infección que comienza, la conducta terapéutica expuesta es insuficiente. Aquí, la cirugía más conservadora, es la que consiste en hacer grandes desbridamientos y artrotomía extensa seguida de un drenaje para evitar la supuración articular con sus terribles complicaciones.

En todos los casos, una gran cura envolverá todo el miembro, immobilizando la juntura con un aparato enyesado que comprenda desde el pie hasta el muslo inclusives.

Se seguirá con gran atención al herido, termómetro á la mano,

teniendo siempre presente, para evitar confusiones, que después de una artrotomía extensa se aprecian grandes temperaturas, aunque pasajeras, que nada tienen que ver con la infección. Si se produce la fiebre pasadas 48 horas, puede ser la causa de ella la obliteración de los tubos de drenaje y de aquí el que recomendamos el que estos sean gruesos y rígidos.

Dentro ya de este accidente, es preciso volver á curar con las mismas precauciones antes expuestas.

Si nada anormal se presenta, los tubos podrán permanecer un tiempo variable de cinco á quince días, término medio, quitándolos luego por completo ó sustituyéndolos por uno pequeño en el punto más declive.

Jamás deberán ponerse mechas de gasa, porque no drenan bastante y son causa favorable por retención para desarrollar accidentes infecciosos.

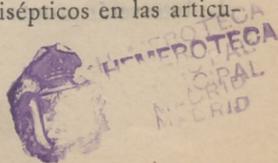
El aparato enyesado deberá quedar puesto de quince á veinticinco días, pasados los cuales, se empezará con el masaje y movilización suaves.

Estos principios generales, aplicables á todos los casos, sin embargo deben ser modificados según la conformación especial de la articulación afecta. Así, por ejemplo, en la articulación tibio-tarsiana, el drenaje es difícil, si se trata de una herida simple de la articulación, á causa de la situación del astrágalo enclavado en la mortaja tibio-peronea. Se abrirá extensamente la sinovial, después de la desinfección detenida de la herida y se colocará un tubo de drenaje á lo largo de la interlínea articular, por debajo de los tendones. Una contrabertura hecha en el lado opuesto servirá de salida á la extremidad del expresado tubo y se le sujetará bien en el sitio.

En los casos corrientes existe en grado más ó menos acentuado una basculación del astrágalo hacia afuera, acompañando á la torsión interna abierta, ó mejor dicho, á la fractura de Dupuytren complicada. Aprovecharemos, pues, este desplazamiento del astrágalo.

Lejos de intentar la reducción del miembro, desbridaremos la herida tegumentaria cuanto fuese necesario, exagerando á la vez la abducción del pie, de forma que se abra bien la articulación y poderlarla bien.

En general es preferible no emplear los antisépticos en las articu-



laciones y si en algún caso fueran imprescindibles, el agua oxigenada ó fenicada serán los preferidos.

Se colocará seguidamente un grueso tubo de drenaje y sobre todo, en los casos de fractura del peroné, será fácil atravesar con el tubo toda la articulación, de un lado al otro del pie, hacia atrás y un poco por encima del maleolo peroniano. (fig. 1.^a).

Al cabo de cinco días se intentará la reducción, si es que está asegurada la asepsia articular.

Cuando es la rodilla la región atacada, si se interviene inmediatamente, se colocará el tubo en el orificio agrandado y desinfectado de la piel, hasta la articulación.

Drenaje de las articulaciones.



Fig. 2.^a

A° -Tibio-femoral.

En las partes laterales de la rodilla es fácil mantener el tubo; pero será bueno el pasar por la herida una pinza curva hasta el nivel del fondo de saco subtricipital y hacer la contrabertura en ese punto (fig. 2.^a).

En los traumatismos acompañados de infección precoz que no se considere bastante la anterior maniobra, hay que recurrir á la artrotomía extensa seguida del drenaje.

La (Fig. 3.^a) tomada de Veau, indica mejor que cualquiera descripción, la manera de cómo deberá ser ejecutada.

En resumen: en presencia de una herida articular, el cirujano debe penetrarse bien, sin vacilaciones de ninguna clase, de que debe intervenir pronto y extensamente sino quiere sufrir las decepciones

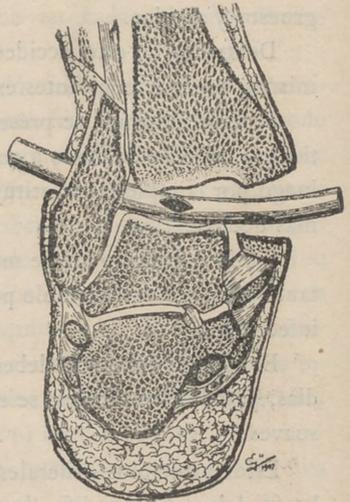


Fig. 1.^a

A.—Tibio-tarsiana.

consiguientes. La duda y la abstención son dos malas consejeras, pues conducen seguramente á un desastre.

Como comentario hemos de añadir que el drenaje de las articulaciones de la rodilla y fémur debe hacerse por la parte posterior, dada la

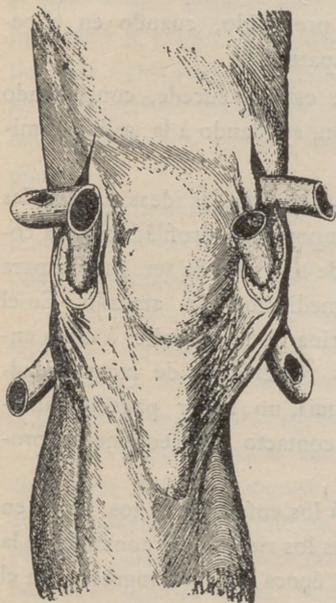


Fig. 3.^a

A.—Tibio-femoral

tendencia natural de los líquidos á caminar hacia ese lado. Existen cirujanos tímidos que á la región poplítea le tienen miedo, por sus vasos y nervios; pero éste desaparecería si al abrir aquélla y salvando con los dedos dichos órganos pasaran el tubo cojido con una pinza, como lo hacía el Dr. Aubeau.

La muerte de los niños por la coqueluche.—Esta afección tenida en general por benigna, no merece tal calificativo, pues la mortalidad que causa, especialmente en los niños menores de cuatro años, en las clases bajas de la Sociedad, bien en sus domicilios ó trasladados los enfermitos á los hospitales, es grande á consecuencia de la falta de precauciones contra los enfriamientos.

La bronco-neumonía, que es la complicación más grave de la tos ferina, ataca á los niños en la proporción de una quinta parte hasta la edad de tres años, decreciendo á medida que ésta supera á esa cifra. La curación es rarísima durante el primer año.

De ordinario el niño se halla en pleno período espasmódico, cuando se declara la bronco-neumonía, la cual se reconocerá por la ascensión termométrica más que por los signos de auscultación que faltan en los muy jóvenes. Y tanto es así, que Cadet de Gassicourt insiste mucho sobre este hecho que lo ha comprobado mil veces y debe tenerse como sospechoso siempre. Al mismo tiempo, el pulso se eleva, existe disnea con tiraje laríngeo, movimiento de cierre y apertura frecuentes de las alas de la nariz y cianosis. Más tarde se

establecen los signos de la bronco-neumonía ó sin ellos, el enfermo, si es de pecho, muere de asfixia.

La aparición de la bronco-neumonía modifica muchas veces los caracteres de las quintas de tos coqueluchoide, comprobándose el axioma hipocrático de que «*la fiebre concluye con los espasmos laringeos*». Así es que, todo médico debe hallarse prevenido, cuando en el período de estado, los accesos de tos desaparecen.

Sin embargo, hay ocasiones en que esto no sucede, continuando la tos en accesos que agrava la situación, ayudando á la asfixia temible de la bronco-neumonía.

En un trabajo clínico del Dr. Sardá, recuerda las ideas profesadas por M. Weill, que tienen una gran importancia profiláctica. La coqueluche en el período de las quintas de tos, cesa de ser dañosa para los enfermitos que se hallen en la inmediación del atacado. En el hospital se ha observado, que la tos ferina no se trasmite á otros enfermos que se hallan en las mejores condiciones de receptividad, tales como hallarse en la primera infancia, no haber padecido anteriormente de tos ferina y hallarse en contacto suficientemente prolongado con los coqueluchosos.

En su consecuencia, si se les aísla á los enfermos de tos ferina en el hospital, es con el objeto de evitarles los riesgos de contagio de la bronco-neumonía. Según Weill, en la época en que ingresan en el hospital éstos, no exponen á peligros á sus enfermos vecinos, tanto como los coqueluchosos simples.

En todo caso, el aislamiento presenta tan grandes ventajas, que rigurosamente aplicado da lugar á una mortalidad menor.

En el Hospital de Niños que dirige el Dr. Hutinel en París, la cifra de mortalidad corriente de 20 al 25 por 100 ha bajado en diez años á 4 ó 5 por 100.

Las perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea, por el Dr. Chantemesse. —La verdadera causa de las perforaciones intestinales tíficas, no reside como ordinariamente se dice, ni en un traumatismo del intestino, ni en una alteración del régimen alimenticio, sino en la trombosis de los vasos sanguíneos de los folículos producida por los glóbulos blancos.

No existe ningún síntoma patognomónico y precoz que denuncie la perforación intestinal, como quiera que pertenecen á la peritonitis,

no siendo extraño verlos reunidos en el curso de una tifoidea sin perforación.

Sin embargo; ciertos síntomas, cuando están reunidos y suficientemente claros, tienen importancia considerable y á veces, decisiva: el dolor brusco y localizado, la retracción del vientre y la resistencia limitada á la presión, son elementos de primer orden á su diagnóstico. Un signo bastante precoz, que revela la sacudida sufrida por el sistema nervioso central, es el de la epilepsia espinal provocada en el lado de la lesión por el enderezamiento brusco del pie sobre la pierna.

Hay perforaciones que se curan por sí solas á beneficio de adherencias oclusivas del gran epiplón. Algunas terminan por un ano artificial reparable, espontánea ó quirúrgicamente.

La muerte es segura cuando la frecuencia del pulso se eleva regularmente, á pesar del estado estacionario aparente de otros síntomas. Es debida exclusivamente á la peritonitis causada por la irrupción en el peritóneo de materias sépticas del intestino.

Ahora bien: ¿desde el momento en que se supone una perforación, debe abrirse el vientre para buscarla y cerrarla? Desde luego que sí, cuando es voluminosa, no dejando perder tiempo en la intervención; pero en los casos dudosos ó cuando la inundación peritoneal ni es copiosa ni muy violenta, hay que saber esperar, contentándose con sostenerla, aumentando la resistencia del peritóneo y se obtendrá, sino una curación espontánea, al menos una prolongación de tiempo que servirá á una operación eficaz más tarde.

Los dos tratamientos que aumentan la leucocitosis y fagocitosis peritoneales son: las inyecciones subcutáneas de nucleinato sódico y el sobrecalentamiento intermitente del abdomen, mejorándose en ocho ó diez días los síntomas de la perforación en términos de conseguirse una curación estable ó provisional.

A pesar de lo expuesto, es absolutamente preciso el que el régimen alimenticio sea tanto más restringido cuanto más grave haya sido la infección en sus síntomas intestinales.

Como regla general, el uso de la leche sola durante los ocho días que siguen á la desaparición de la fiebre y aumentando tres yemas de huevo en la segunda semana, debe instituirse como alimento en un tifoideo, si se quieren evitar retrocesos ó la peritonitis.

La esterilización del catgut, por el Dr. M. de Kervily.—El catgut recomendado para la práctica de ligaduras, debe reunir las condiciones siguientes: 1.^a Estar bien esterilizado. 2.^a Ser sólido. 3.^a Conservar bien los nudos que se le hagan. 4.^a Absorberse lentamente.

Las experiencias hechas por el Dr. Rousnetsky demuestran que el mejor catgut es el que se conserva en estado de sequedad y que se prepara de forma que no se casque fácilmente.

A este efecto, lo esteriliza del modo siguiente:

El catgut de números de grosor diferente, se corta en trozos de longitud suficiente para una ligadura y á continuación se le sumerge por ocho días en esta solución.

Dpe.	Iodo	10 gramos
	Ioduro potásico	10 »
	Agua hervida	1.000 »
Dve.		

Transcurrido el período citado, se le seca en una compresa esterilizada al calor y se coloca durante tres horas en esta segunda disolución.

Dpe.	Iodoformo	10 gramos
	Eter	200 »
	Glicerina pura	50 »
	Alcohol	1.000 »
Dve.		

A continuación, el catgut pónese á secar en frascos esterilizados y cubiertos de una capa de gasa. Al cabo de algunas horas, el catgut ya seco, está en condiciones de servir en la práctica.

Los frascos se cerrarán herméticamente y no se abrirán hasta el momento de la operación. El catgut que se saque del frasco no servirá para otra vez, sino se le vuelve á sufrir los efectos de la segunda solución.

La otalgia y su tratamiento.—Los dolores en el oído, tan incómodos, pueden ser debidos á diversas causas, siendo entre ellas, las más frecuentes, el forúnculo y la otitis media.

La agudeza de los fenómenos dolorosos en el forúnculo, juega un papel importante en la patogenia de la otalgia. Ocasionados por la formación de una colección en un tejido extremadamente den-

so, no se atenúa más que por la reabsorción ó evacuación de aquélla.

De aquí el que surjan dos indicaciones terapéuticas, según la marcha y período de evolución de la enfermedad, á saber:

- 1.º Calmar el dolor.
- 2.º Evacuar la colección formada.

Numerosos son los remedios populares para atenuar ó calmar los fuertes dolores que el sujeto acusa. Unos son, entre ellos, sucios y relativamente eficaces, como las cataplasmas de harina de lino, aceite caliente laudanizado ó simple, agua de malvas y trozo cónico de tocino pasado por una llama de fuego y otros, como los flecos de ajo, leche de nodriza, etc.

En cuanto á los productos farmacéuticos, tales como el éter, cloroformo, alcohol alcanforado y aceite fenicado, introducidos en el conducto auditivo sin discernimiento, producen las más de las veces quemaduras del tímpano, sin atenuar el dolor.

La asepsia de las regiones enfermas, base de toda terapéutica otológica, rechaza todos los medios populares usados contra el dolor. A falta de otros medios, el agua caliente, hervida en baño local prolongado y repetido y el aceite laudanizado, pueden autorizarse; pero si se dispone de recursos farmacéuticos suficientes, hay que recurrir á ellos para paliar el dolor y ejercer una acción favorable á las lesiones.

Después de una cuidadosa limpieza del oído externo y conducto auditivo, se aplicará en el punto enfermo una bolita de algodón, embebida de

Dpe.	Acido fénico	}	a a 1 gramo.
	Clohidrato de cocaína		
	Mentol		

Esta preparación calma el dolor y á la vez aborta el forúnculo. Si este prosiguiera su curso, hay que abrirlo previa anestesia con la citada fórmula, cloruro de etilo, protoxido de azoe ó la general, según los casos, haciendo una ancha incisión é introduciendo en ella una mecha fina y cubriendo el todo con una cura húmeda.

La limpieza consecutiva será la mejor garantía de evitar recidivas del acceso.

El oído medio inflamado ó congestionado, otra de las causas frecuentes, ocasiona el dolor por la infiltración de los tejidos y forma-

ción de un exudado en la caja del tambor, que puede reabsorberse ó salir al exterior perforando el tímpano.

Por lo tanto, aquí también hay que tener en cuenta las dos indicaciones de calmar el dolor y operar.

Contra el dolor se empleará una de las preparaciones siguientes cuya acción es variable, según los enfermos y la intensidad del mismo.

Aseptizada la región, se echarán algunas gotas templadas de las fórmulas siguientes:

Dpe. Mentol	50 centigramos
Aceite fenicado á 1 por 100	10 gramos
Láudano	10 gotas

Ciertos sujetos no soportan bien el mentol y en ese caso se usará:

Dpe. Acido fénico	15 centigramos
Clorhidrato de cocaína	15 »
Id. de morfina	25 »

Agua	} a a 5 gramos
Glicerina	
Esencia de menta	1 gota

Se puede reemplazar en esta fórmula la cocaína por la estovaina y añadir piramidón á la dosis de un gramo y sulfato de atropina 20 centigramos.

En caso de dolores mastóideos violentos, se pondrá un par de sanguijuelas en la apófisis ó en el trago, haciendo también envolturas calientes. Al interior se administrarán calmantes ú opiáceos: antipirina, piramidón, exalgina, fenacetina, heroína y morfina.

Si durante las veinticuatro horas que siguen al tratamiento, el color progresa, es que el exudado ha crecido, lo cual hace necesaria la paracentesis del tímpano con las precauciones asépticas consiguientes. Hecha ésta se instala un drenaje con mecha hacia el conducto y se coloca una cura húmeda.

Si á pesar de lo expuesto, el estado se agrava, hay que recurrir á la trepanación mastóidea para evitar contingencias cerebrales de difícil resolución.

DR. IGNOTUS.

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

SECCIÓN DE FARMACIA

A propósito de lo que con tanto interés se trató y discutió en la Junta General del Colegio de Farmacéuticos de Vizcaya, celebrada el 28 de Mayo último, copiamos del «Boletín Oficial del Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza», lo siguiente:

«Si examinamos, dice el señor Presidente, el estado actual de la Farmacia desde el punto de vista económico, vendréis á coincidir conmigo, en que en este sentido es aun mayor su decadencia.

Si ahondamos un poco en la investigación de las causas de este malestar, no nos costará mucho trabajo averiguar que el enemigo más temible y poderoso que en la actualidad tenemos que combatir, es el droguero. Surtiéndonos de él, nosotros mismos le proporcionamos el medio de ahogarnos, como lo verifica. Habiendo de proveer á muchos Farmacéuticos, hace pedidos de importancia, á los cuales nosotros, aisladamente, nunca podemos llegar y con eso tiene descuentos considerables que le ponen en condiciones de expender al público al mismo precio que á nosotros nos lo cotiza el fabricante si nos dirigimos á éste. De este modo no podemos luchar comercialmente con aquél y si nos empeñamos en ello, es segura nuestra derrota.

¿No habrá medio de defensa? Sí que lo hay y muy sencillo y práctico. Sólo requiere un poco de buena voluntad por parte de todos y el convencimiento de la conveniencia, mejor dicho, de la necesidad de adaptarlo. Esto consiste en la constitución de una Sociedad Cooperativa de consumo (que es precisamente el ideal á que antes aludía), en la cual tomemos parte, si no todos, por lo menos un gran número de Farmacéuticos de España. El capital deberá formarse paulatinamente para que todos pudieran ingresar sin ningún sacrificio, á la manera como se forman las cooperativas obreras, por entregas mensuales, relacionadas con el consumo de cada uno, sin perjuicio de admitir capitales extraños si se nos brindaran con ese objeto, los cuales quedarían garantizados con todo el capital social y podrían producir su interés correspondiente, algo mayor que la renta del Estado.

Las compras podrían efectuarse á tres ó más meses fecha, y efectuando las ventas á treinta días, con un capital relativamente pequeño

se podría girar anualmente una suma considerable. Claro es que el primer año no alcanzaría todo el desarrollo imaginado y debería limitar sus negocios; pero á la vuelta de tres ó cuatro años podría ser la casa más importante del reino, y poco después se hallaría en condiciones de ensanchar el círculo de sus operaciones, estableciendo sucursales en las plazas más importantes.

El día que esto se realizase nadie tendría que sucumbir necesariamente, como hoy sucede con frecuencia, al droguero y éste, limitado entonces á su despacho al público, no podría hacer los pedidos, ni por tanto conseguir los precios que hoy: y como en cambio, la Sociedad los haría mucho mayores, la consecuencia se alcanza á cualquiera: resultaría el viceversa completo.

Además, una Sociedad así constituida sería el centro á donde acudirían todos los especialistas y fabricantes á depositar sus productos, llegando á ser pronto la primera en su clase, lo que le permitiría imponer condiciones á los productores, abligándoles á ceder sus preparados con un 5 por 100, por ejemplo, de beneficio sobre el concedido á la casa más favorecida, condición que desde luego habrían de aceptar todos los socios al ingresar en la Cooperativa.

En tales condiciones los drogueros se convencerían pronto de que siempre podríamos nosotros colocarnos en condiciones más ventajosas que las suyas en el caso de lucha, y en consecuencia, ellos serían entonces los que pedirían capitulación para ponerse á la par y en condiciones á todos convenientes.

Debo hacer una aclaración. En todo lo dicho, me refiero á esos drogueros que muestran en su despacho al público, empeño decidido en rebajar los precios, hasta un límite que nosotros no podamos alcanzar sin quebranto.

No aludo en manera alguna á esos otros que se limitan á proveer exclusivamente á la farmacia, sin relación ninguna con el público, los cuales habrían de merecer toda clase de consideraciones de nuestra parte.

No quiero insistir más acerca de esto, porque opino que no podemos pensar hoy en acometer esa empresa, para cuya implantación en buenas condiciones y con seguridades de éxito, sería preciso contar con la adhesión decidida de un núcleo de compañeros no menor de quinientos á mil, y sólo me he propuesto, al esbozar la idea sin detalles, arrojar la semilla para que germine y á su debido tiempo pueda fructificar.

Recientemente, el Colegio de Barcelona, ha anunciado un premio

á la mejor memoria acerca de la manera más conveniente de instalar una Cooperativa Farmacéutica.

El de Gerona, también anunció otra semejante. Más reciente todavía, en el último número de la «Farmacia Moderna», un compañero cuyo nombre ignoro, propone una solución al mismo problema sobre la base grandemente ideal de adherirse á la Caja de Socorros 5.000 compañeros, de los 6.000 que aproximadamente ejercen en España.

Esto demuestra, repito, que la idea va haciendo su camino: preparémosle ambiente favorable y de un modo ú otro llegará á vías de hecho, llenando una necesidad cada día más intensamente, sentida y de más urgente solución.

Por nuestra parte, añadimos, que estamos en un todo identificados con lo anteriormente expuesto por el Señor Presidente del Colegio de Zaragoza, á quien seguramente no faltará la cooperación más decidida del de Vizcaya, el cual ha tiempo viene persiguiendo idea tan risueña, así como la del intrusismo y el daño tan grande é inevitable de la especialidad, que tantos y tantos estragos hace en nuestra patria.

Lástima que nuestros gobiernos, á imitación de otros, no castigaran con prisiones y multas á esos anuncios públicos y á su propandanda. Pacientes hay, que seducidos por tanta promesa, se entregan de lleno á ellos y sufren las consecuencias; y médicos hay también que prescriben la especialidad, tan sólo para distinguirse de sus compañeros y llamar la atención del cliente sobre sus extraordinarias prescripciones.

Como corolario, y para salud de nuestros compañeros, copiamos á continuación lo que leemos en la Enciclopedia Químico-Médico-Farmacéutica, de Barcelona, respecto á los *herbolarios*.

Voy á dedicar algún párrafo á estos respetables señores, que facultados por las leyes y ordenanzas vigentes para vender al público *determinadas*, sólo determinadas especies vegetales, poquito á poco han ido entrometiéndose en el campo médico farmacéutico, sentando en él definitivamente sus reales y ejerciendo con tanto desahogo como impunidad ambas profesiones, sin que á ello les autoricen las leyes del país, ni las leyes, valga la frase, del sentido común.

El herbolario A, cura el *aufech*; el B, se dedica especialmente á enfermedades secretas yumorales; el C, resulta eminencia científica para combatir el *fel sobrixit*; al D, no hay quien le tosa en el tratamiento del *doló de cor*, y así sucesivamente, hasta agotar el abecedario

de distinguidos hierberos. Ellos toman el pulso, hacen sacar la lengua, aporrean el esternón del paciente, fruncen el entrecejo, simulan absorberse en profunda meditación, y acaban por diagnosticar... una barbaridad; luego viene la segunda parte; se trata de confeccionar un medicamento muy delicado, pero el sapientísimo doctor *per sé* no le inspiran confianza los Farmacéuticos, á quienes desdeñosamente trata de *papadiner* (histórico), descienden entonces bondadosamente de las alturas do llegara en alas de su ciencia médica, y como lo mismo sirve para un fregadero que para un barrido, prepara personalmente las pildoras, el jarabe ó la poción salvadora, con lo primero que le viene á mano, y embolsa, personalmente también, las pesetas que se le antoja cobrar por su doble trabajo. Y no se recatan: en los escaparates de sus tiendas menudean los anuncios, frascos de jarabes, botes de hungüentos, botellas de líquidos maravillosos, ocultan casi á la modesta violeta y al prosáico rabo de gato

¡Jóvenes incautos que perdéis el dinero de vuestros padres, los años de vuestra juventud y el fósforo de vuestros cerebros, con el fin de conquistar un título Académico que os permita, al amparo de las leyes y bajo la protección de las autoridades, cautivar las nobles profesiones de Médico ó Farmacéutico!

Dejad de gastar dinero, fósforo y tiempo; para ejercer ambas carreras á la vez, lo más sencillo y práctico, es meterse á herbolario con bata.

Yo, por mi parte, estudio seriamente un proyecto de reforma en mi oficina, cuya base principal será: «Substitución completa de los *oles* y de las *inas*, por sartas de chorizos y latas de sardinas.»

¡Señor Gobernador! ¡Señores Subdelegados!

Crónica Médica Mundial (1)

Rumanía.—De una carta publicada en un periódico rumano, por el general Demosthen, Profesor de la Facultad de Medicina de Bucarest é Inspector Jefe de Sanidad del ejército de la Península de los Balkanes, extractamos las siguientes observaciones:

(1) En el número anterior se deslizó una errata respecto al autor de esta Crónica, que el buen sentido de mis queridos colegas habrá subsanado. «La Voz de los Médicos» se publica en Swow (Austria).

«Bien sé que en la antigüedad era el latín la lengua, escrito y hablado, en casi todas las Escuelas de Medicina y que por lo tanto se empleaba en los exámenes, tesis doctorales, obras literarias, etc., y creo que el abandono de dicho idioma, tan común entonces en la literatura médica, fué un acontecimiento desgraciado que impidió la propagación y progreso de la Medicina. Preciso es confesar que hoy, para tomar parte en los Congresos Médicos es necesario ser poliglota.

En el último Congreso de Higiene y Demografía, celebrado en Berlín el año próximo pasado, hubimos de escuchar discursos en Inglés, Alemán, Francés é Italiano y para sacar fruto de este Congreso, era necesario que cada uno de estos Congressistas poseyese tres idiomas sin incluir el patrio. Un ruso, un turco, un noruego, un japonés, un rumano, etc., debía saber cinco, contando el de su Nación.

Muchos, casi la mayor parte de los Médicos alemanes, franceses é ingleses sabían solamente el suyo propio y todos se lamentaban de las molestias y contrariedades á que les exponía el ser *monoglotas* en Congresos *poliglotas*.

Este importantísimo defecto para la internacionalidad de la Ciencia, me decidió á proponer el 27 de Septiembre de dicho año, en el Congreso citado, la adopción del Esperanto para los temas, comunicaciones y discusiones de los Congresos Médicos; (1) pues aunque anciano, me esforcé en aprender un idioma tan sencillo y sonoro, al cual han prestado y prestan su valioso concurso grandes pensadores, como Tolstoi; miembros del Instituto de Francia, como Naville, Bouchard, Becquerel; los del Colegio Francés y Academia de París, Richet, D'Arsouval, Poincaré; los Profesores de Universidades, Señores Doirac, Broca y Acher; el general inglés Lord Roberts; el general japonés Oku; los generales Sebert; miembro del Instituto de Francia, Gillet; coroneles Poleu, Renard, Ballaudier; el Príncipe Rolando, Bonaparte, Baudouin, Mourlon; el gran neurólogo Marinesco; la Escuela de Medicina Militar de Bucarest; la Escuela Militar de San Cyr, etc., etc., pues no terminaría la serie de celebridades adeptas al «Esperanto», que consideran esta invención como la mayor del siglo XIX.

Rusia.—Desde que apareció el número primero de la

(1) En el Congreso de Lisboa del 1905, estaba incluido el Esperanto como lengua oficial.—(Nota del traductor.)

«Voz de los Médicos», varios colegas polacos y lituanos empezaron á estudiar con grande entusiasmo el «Esperanto» en Viena. Envío á V. mi cordial saludo deseándole gran éxito.

DR. HANUSOVICH.—Viena

Francia.—Durante el año actual tengo que presentar mi Tesis Doctoral y espero que la «Voz de los Médicos» ha de ser para mí muy útil.

P. CORRET.—Versalles.

España.—Anhelando tomar parte en la información hecha por el Dr. A. Wizel de Varsovia respecto al *secreto médico* en todas las Naciones, he preparado, tiempo ha, la traducción de un hermoso capítulo de una obra española de Medicina legal, la cual, á pesar de su relativa antigüedad, es, por decirlo así, el Código moral de los Médicos españoles.

Mi opinión, es que la publicación del informe atraerá, sin duda alguna, muchos nuevos correligionarios de las Sociedades Médicas.

R. PÉREZ.—Huérmeces (Burgos).

Japón.—Con sumo gusto me entero de la publicación de la «Voz de los Médicos» á la cual deseo muchas prosperidades. Suplico á V. se digne remitirme los números que hayan aparecido.

DR. M. K. TSUKIMOTO.—Kofu 1.º Mayo 1908.

Soy un Médico japonés que hace tiempo deseaba ver algún periódico en «Esperanto» dedicado exclusivamente al Cuerpo Médico. Ruego á V. me haga el obsequio de remitirme un número de muestra.

Dr. CUNAJHIRO.—Nava, 4 Mayo, 1908.

JORGE S. HITA.

La Arboleda, Agosto 1908.

SECCION PROFESIONAL

Llamamos la atención de los Srs. Farmacéuticos sobre la R. O. dictada en el Ministerio de la Gobernación acerca de la prohibición de venta de productos farmacéuticos en las droguerías, que citamos á continuación:

«REAL ORDEN.—Los frecuentes casos de envenenamiento que vienen ocurriendo por medio de las pastillas de sublimado corrosivo, y de que oportunamente se hace eco el Subdelegado de Farmacia de esta capital D. Eduardo Abras Xifra, imponen una disposición especial para exigir el riguroso cumplimiento de los preceptos de las Ordenanzas de Farmacia y de la Instrucción general de Sanidad que regulan la venta de substancias venenosas, ya exclusivamente medicinales ó ya susceptibles á la vez de usos industriales.

No sólo en las Farmacias, autorizadas expresamente por las Ordenanzas para la venta de toda substancia medicinal, sino también en las droguerías, establecimientos de ortopedia, herboristerías, y aun en las cacharrerías, se venden libremente substancias que, como el bicloruro de mercurio ó sublimado corrosivo, pueden ejercer una acción tóxica utilizadas con impericia.

Por los peligros que entraña la venta sin precauciones de substancias como la citada, las Ordenanzas de Farmacia establecieron prudentes limitaciones en su capítulo V, reglamentando el comercio de droguería. Pueden los drogueros (art. 54) vender al por menor, en rama ó en polvo, todos los objetos naturales, drogas y productos químicos de uso en artes, aunque lo tenga también en Medicina, pero en este caso, la venta no ha de hacerse al por menor ni en polvo; cuando les conste ó sospechen que se destinan al uso terapéutico, estando limitada la expendición al por menor á solicitud de los Farmacéuticos, si éstos lo piden por escrito y bajo su firma, y aun entonces sin ninguna preparación; está preceptuado por el art. 56 que se entienda como venta al por mayor la de una cantidad ó peso de cada substancia cuyo valor no baje de 20 reales vellón y el 57 les prohíbe vender substancia alguna venenosa, sea ó no medicinal, ni al por menor ni al por mayor, ni al público ni á los Farmacéuticos, sin exigir una nota fechada y firmada por persona conocida y responsable, que exprese con todas sus letras la cantidad de la substancia pedida y el uso á que se destine, comprendiéndose dentro de estos artículos, según el 69, la venta de plantas medicinales. El art. 74 de la Instrucción general de Sanidad, ratifica lo expuesto, prescribe que los Farmacéuticos, drogueros y expendedores de productos químicos, tengan en lugar separado y seguro las substancias venenosas ó explosivas, y cuiden de expenderlas «sino á personas que les sean conocidas».

Establecida está también la sanción conveniente que debe imponerse por las infracciones de los citados preceptos, pues el capítulo VIII de dichas Ordenanzas determina á este efecto la reprensión, la multa y el arresto, y el Código penal, aplicable con preferencia á cuantos hechos estén en él definidos como delito ó falta, castiga los delitos contra la salud pública por la elaboración ó venta de substancias ó productos químicos sin la competente autorización ó sin las formidables prescripciones en los Reglamentos respectivos, artículos 351 al 354, con el arresto mayor y una multa correspondiente.

La persecución de estas infracciones corresponde á los Gobernadores y á los funcionarios de Sanidad á sus órdenes, ó sea á los Inspectores provinciales, Subdelegados ó Inspectores municipales, según los casos, pasándose por la Autoridad gubernativa el oportuno tanto de culpa á los Tribunales de justicia para que procedan como hubiere lugar cuando se trate de delitos ó faltas previstas y penadas por el Código.

Depende, pues, del celo de V. S. el impedir, ó por lo menos dificultar, la comisión de los delitos por medio del uso del sublimado corrosivo, vigilando constantemente para que esta substancia no se ex-

penda sino en condiciones reglamentarias, y en todo caso, facilitando los medios para que las faltas que en la expendición se comentan sean debidamente castigadas.

Al efecto, S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que V. S., por sí, y utilizando los funcionarios de Sanidad de la provincia, ejerza especial y constante vigilancia sobre las droguerías, establecimientos de ortopedia, herboristerías ó cualquier tienda donde se expendan substancias comprendidas en los Catálogos que acompañan á las Ordenanzas de Farmacia como venenosas, para que la expendición de las mismas no se haga sino en las condiciones y lugares que las dichas Ordenanzas determinan en sus capítulos V y VII.

2.º Que la vigilancia sea aún más especial en lo que se relaciona con la venta del sublimado corrosivo en polvo, cristalizado, en disoluciones acuosas, alcohólicas ó hidroalcohólicas, y sobre todo en pastillas, cualquiera que sea el envase que las contenga, que no ajuste en la cantidad, lugar en que la expendición se verifique, ó en la forma y garantías de ésta, á lo prescrito taxativamente en las Ordenanzas de Farmacia.

3.º Que conocida la infracción de alguno de los mencionados preceptos, aplique V. S. con todo rigor la sanción que esté dentro de sus facultades, si la misma tiene carácter administrativo, ó pase sin demora á los Tribunales de justicia el necesario tanto de culpa para que éstos procedan á lo que hubiere lugar, cuando el hecho constituyese alguno de los delitos ó faltas definidos en el Código penal, señaladamente en sus artículos 351 al 354: y

4.º Que esta disposición se publique en el *Boletín Oficial* de esa provincia.

De Real orden lo digo á V. S. para su cumplimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid 6 de Agosto de 1908 —*Cierva* —Sr. Gobernador civil de la provincia de...—(*Gaceta* del 8 de Agosto de 1908.)

Para el cumplimiento de la R. O. anterior visitó el día 14 del próximo pasado al Sr. Gobernador civil, Conde de Aresti, una comisión de la Junta de Gobierno del Colegio oficial de Farmacéuticos de Vizcaya, compuesta de su Presidente Sr. Rivero, del Secretario Sr. Madaleno y del Vocal Sr. Aguirrezabala, para cambiar impresiones sobre su exacto cumplimiento

El Sr. Conde de Aresti recibió á los comisionados con gran afabilidad y se puso incondicionalmente á sus órdenes para cortar los abusos frecuentes en las droguerías.

Publicaciones recibidas.—*Legislación Sanitaria, 1908:* Conjunto muy completo de Leyes, Reales órdenes, Reglamentos, etc., promulgados hasta la fecha en materia sanitaria, por el Dr. D. Román G. Durán, inspector provincial de Sanidad de Valladolid: Precio 2,50 pesetas.

Estudio químico-farmacéutico de los preparados para la elaboración extemporánea de los medicamentos, por D. Luis Narbona y Navarro. Memoria premiada por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona.

El periespíritu y las enfermedades, por el Dr. D. Victor Mecior Farré.