

LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

AÑO XV }

LIMA, ABRIL 30 DE 1898.

{ N.º 224

TRABAJOS NACIONALES

TUMOR SANGUINEO

venoso del cráneo

EN COMUNICACIÓN

CON LA PRENSA DE HERÓFILO

En el Hospital Militar de San Bartolomé, sala de San Antonio, número 29, se ha presentado á nuestra observación el siguiente caso curioso:

Vicente Espejo, de 25 años de edad, de raza india y natural de Huancayo, ingresó al mencionado hospital el 1.º de marzo del presente año.

Sus padres viven y gozan de salud, él antes de ahora ha padecido de repetidos ataques de paludismo y disentería; no tiene antecedentes alcohólicos ni sifilíticos, ni otro antecedente morboso.

Espejo, hace nueve años que ingresó al ejército, de los que hace siete ha pertenecido á distintas bandas de él; actualmente, pertenece á la del Regimiento Gendarmes y toca uno de los principales instrumentos de viento.

Hacen seis meses solamente que principió á notarse en la nuca un tumorcito, que al principio del tamaño de un garbanzo, ha ido en aumento progresivo, hasta tener las dimensiones actuales.

El tumor ocupa la parte media de la protuberancia occipital externa, es de forma ovoide, su diámetro mayor de dirección casi horizontal es de cinco centímetros, el menor, vertical, de dos centímetros; tiene consistencia blanda, fluctuante; no se notan en él ni latidos, ni soplo; ejerciendo sobre el tumor una presión moderada, durante 30 ó 40 segundos, desaparece completamente bajo la mano, notándose en su lugar y en la parte media de la protuberancia, una abertura apreciable al tacto, de forma más ó menos redondeada, y cuyo diámetro mayor, es de 5 milímetros más ó menos; una vez que la presión ha cesado vuelve á aparecer el tumor al cabo de algunos segundos; el examen del tumor hay que verificarlo estando el paciente en la posición horizontal, pues, desaparece apenas se sienta ó se pone de pie; vuelve á aparecer en la extensión forzada del cuello; el tumor es indolente y su compresión no produce trastornos cerebrales de ningún género. Observa Espejo que el tumor le reaparece aún estando de

pie cuando ejecuta su instrumento de viento.

Sin duda ninguna, el tumor de que nos ocupamos, no puede ser otro que un *tumor sanguíneo venoso* en comunicación con la prensa de Herófilo, dado el sitio á donde se encuentra (parte media de la protuberancia occipital externa). Los únicos tumores cefálicos con que podía confundirse con él, son: el *hidromeningocele*, el *encefalocele*, é *hidroencefalocele*. El *hidromeningocele*, aunque es de contenido líquido, fluctuante, reductible, sin latidos, ni soplo como el *tumor sanguíneo venoso*; pero la reducción de él determina fenómenos de compresión cerebral: somnolencia, pérdida ó disminución de la sensibilidad y movimiento, alguna vez vómitos y agitación. El *encefalocele* es pastoso, irreductible, con latidos isócronos al pulso y movimientos de expansión en conformidad con la respiración, los gritos y esfuerzos; por último su compresión determina trastornos cerebrales más acentuados que en el anterior. En cuanto al *hidroencefalocele*, tiene un pedículo más ó menos largo, puede llegar á dimensiones voluminosas; la piel que lo recubre es delgada, tensa, adherente, frecuentemente rojiza, varicosa y poco recubierta de pelos; blando pastoso, sin variaciones de volumen por los movimientos respiratorios, los gritos y esfuerzos, irreductible, pero determinando su compresión trastornos cerebrales; además este tumor es raro que pueda llevarlo un adulto, pues los niños que lo llevan sucumben al poco tiempo, consecutivamente á alguna complicación.

No teniendo, Espejo, antecedentes morbosos á los que podía atribuirse la causa del tumor, ni tampoco un traumatismo, pues suponiendo que lo hubiese sufrido, él habría producido, aparte de la fractura del cráneo, trastornos cerebrales de tal naturaleza que no habrían podido pasar desapercibidos. Aunque la aparición del tumor haya sido al parecer de data reciente (seis meses), pero su ori-

gen remonta indudablemente al período fetal y es debido á la falta de osificación en un punto circunscrito del occipital, en el que sólo quedó tejido fibroso muy delgado, que como sabemos es el que el que precede en el período embrionario á la formación de los huesos de cráneo.

Como en los últimos años el paciente se hubiese dedicado á la ejecución de instrumentos musicales de viento, pues perteneció á diferentes bandas del ejército, y en la actualidad aún forma parte de una de ellas; como la ejecución de dichos instrumentos, por las expiraciones prolongadas y forzadas que hay que hacer para tocarlos, dificultara la circulación venosa del cráneo, y como consecuencia aumenta la tensión sanguínea en los senos encefálicos, la delgada capa de tejido fibroso que se hallaba en la misma parte media de la protuberancia occipital, ha tenido que ir cediendo gradualmente, bajo la acción de la sangre acumulada en la prensa de Herófilo, punto á donde convergen como sabemos, los senos longitudinal superior, recto y laterales; una vez relajada esa capa de tejido fibroso, tenía necesariamente también que ceder, el pericráneo y la aponeurosis epicraneana, y constituir así el *tumor sanguíneo venoso*.

Creemos que en el paciente de que nos hemos ocupado, el único tratamiento aplicable, aparte de la abstención completa de ejecución de instrumentos de viento, es él aconsejado por los clínicos, cual es, la aplicación permanente de una placa de caucho, á fin de impedir de ese modo el crecimiento del tumor. Un tratamiento quirúrgico sería peligroso, por los accidentes graves consecutivos que pueden sobrevenir.

Lima, abril de 1898.

DR. M. GONZÁLEZ OLAECHEA.

TRABAJOS EXTRANJEROS

DR. HUGUET.

De las diversas lesiones producidas en el hombre por los proyectiles de armas de fuego de pequeño calibre.

(Gaceta Médica Catalana)

(CONCLUSIÓN)

Las heridas penetrantes son raras: se encuentra canales (Vagner) más profundos en ciertos puntos, que comunican por ellos con el ventriculo. Por lo común, son perforaciones análogas á la de los tejidos blandos, con aberturas de entrada y de salida irregulares, de bordes festoneados y desiguales que presentan escotaduras ó fisuras radiadas de dimensiones variables y en número proporcional á la velocidad del proyectil.

El corazón puede ser herido hasta una distancia de 4,000 metros (Habart). Este mismo autor ha determinado con un proyectil disparado á pequeña distancia, sobre un músculo cardiaco en sístole, una simple perforación; otra vez ha visto producirse, en las mismas condiciones, en un corazón en diástole, efectos explosivos de los cuales había trazos manifiestos hasta el cayado de la aorta.

Lesiones del pulmón y de la pleura.—En los muertos abandonados en el campo de batalla, se cuenta el tercio (Lœffler, Lidell), la mitad (Koch), á consecuencia de heridas penetrantes del pecho. La mortalidad de los heridos recogidos llega aún á 60 y 65 por 100. La frecuencia de estas heridas, relativamente á las heridas no penetrantes, sería aproximadamente de

un 50 por 100 (Chauvel y Nimier).

Las heridas no penetrantes no presentan nada de particular mención. Las heridas penetrantes simples pleurales son excepcionales: sin embargo, no se puede negar la posibilidad de su producción. Una bala que roce tangencialmente el tórax hacia su base, puede abrir el fondo de saco pleural, sin interesar al pulmón, que durante la espiración sube hasta la quinta costilla (Delorme).

En las heridas penetrantes con lesión del pulmón, el órgano está surcado ó perforado incompetentemente ó de parte á parte. Los desórdenes producidos en la pared son variables, pues la bala puede penetrar entre dos costillas, ó surcar una, ó producir una fractura ó, por último, perforarlas con ó sin esquirlas. En el caso de escotadura, las esquirlas pueden internarse en la caja torácica y herir al pulmón.

Los disparos en el pulmón producen perforaciones simples (Delorme): los trayectos son cilindricos, limpios, estrechos y apenas reconocibles. Alrededor de estos trayectos, el tejido pulmonar está infiltrado de sangre en una extensión de 2 centímetros (Habart), sembrado de pequeñas apoplegias, pero sin desgarrar (Bogdanik). La abertura de entrada es comunmente menor que el trayecto y la de salida mayor. Sin embargo, los desórdenes pueden estar extendidos si el proyectil ha penetrado de travez, si arrastra esquirlas, si ha roto un gran vaso ó un gran bronquio, y debe tenerse en cuenta que la sección del parénquima por las balas acorazados determina constantemente enormes hemorragias en la pleura (Demosthen).

Lesiones del hígado, páncreas y bazo.—Las contusiones del hígado han sido señaladas cinco veces (Edler). La muerte inmediata á consecuencia de heridas en el hígado ha sido observada 11 veces en 48 casos mortales. La mortalidad general á consecuencia de las heridas del hígado es de 60 por 100

(Edler). Las lesiones de este órgano, por disparo, son aproximadamente cuatro veces menos frecuentes que las del intestino y dos veces más que las del estómago ó riñones (Otis). Edler relató 6 casos de heridas en el páncreas, de las cuales 5 fueron mortales á consecuencia de lesiones concomitantes. Este mismo autor ha reunido dos casos de contusión por proyectiles pequeños (Gahde, Otis), las dos mortales; las heridas de este órgano dan una mortalidad de 83 por 100.

La contusion del hígado es considerada, por el profesor Delorme, como relativamente frecuente. Hay en estos casos fisuras con atrición del tejido propio, ya en la superficie convexa, ya en la cóncava ó convexa.

Los proyectiles pueden, además, producir heridas diversas, surcar el hígado, perforarlo en fondo de saco ó de parte á parte. Estas lesiones son simples cuando las balas tienen débil velocidad. Por el contrario, si esta es muy grande, se encuentran explosiones del hígado, á mayor ó menor distancia del trayecto. El diámetro de las perforaciones es menor ó igual al del proyectil en velocidades débiles: es notablemente superior á 8 milímetros en las medianas, y muy superior en las considerables (Delorme). El trayecto, más ó menos regular, es cilíndrico y siempre desgarrado. La abertura de entrada es circular, redonda, oval, lineal, triangular (Delorme, Habart) ó estrellada (Otis, Delorme). La abertura de salida es más ancha, bastante irregular; sus variados aspectos son aproximadamente los de la abertura de entrada.

Los desórdenes del páncreas y bazo son análogos á los del hígado. El páncreas, dadas sus relaciones anatómicas, no puede apenas ser herido más que por los disparos antero-posteriores ó transversales, sin que la gravedad de las lesiones conmitantes quite á la herida

toda su importancia (Delorme) (1).

Las del bazo son raras: los pequeños proyectiles pueden producir las de delante á atrás y vice-versa ó transversalmente. Las primeras están siempre complicadas con lesiones del riñón, de los intestinos; los proyectiles que llegan transversalmente pueden herir solo al bazo.

Lesiones de los riñones, vejiga y recto. — La estadística de Edler comprende 50 heridas de los riñones por disparos y cuatro contusiones (de las que 3 lo eran por explosión de obús) y 12 heridas por armas blancas. Durante la guerra de América, de 78 heridos, las vísceras vecinas han sido afectas 33 veces al mismo tiempo que el riñón.

Las heridas de la vejiga han sido observadas en número de 183 en más de 400,000 heridos (Otis); solo ha podido reunir 8 observaciones por disparos en este órgano (Bartels).

Las lesiones del recto están á menudo complicada con lesiones de otros órganos pelvianos; su mortalidad llega á cerca de 43 por 100 (Otis, guerra de América) y á cerca de 48'5 por 100 durante la guerra de 1870—71.

Los traumatismos renales son de varios órdenes. Este órgano puede estar erosionado, surcado, perforado incompetentemente, con retención del proyectil, y perforado de parte á parte. Las aberturas de entrada y de salida son circulares, ovales, prolongadas por desgarros radiados, principalmente en la abertura de salida, mayor que la entrada. La cápsula presenta desprendimiento al nivel de las soluciones de continuidad. Las fisuras radiadas del tejido renal han sido observadas sólo en un caso en que el proyectil había producido una pequeña canal en el borde del órgano (Habart). Cuando la velocidad del proyectil es poca, las dimensiones del trayecto son peque-

(1)—En América se ha visto una hernia del páncreas que simulaba un pneumocele. En otro caso se pudo reconocer la hernia de la cola del páncreas.

ñas (trayecto de 20 á 25 milímetros á distancia de 600 metros) (Habart). Con una velocidad mayor, los orificios pueden presentar las dimensiones de un dedo (auricular, índice); la abertura de salida es más irregular, oval, triangular, las fisuras son más largas y más profundas. También hay, por lo común, desprendimientos extensos de la cápsula, dilaceraciones, explosiones del órgano (Delorme).

Las heridas de la vejiga pueden ser no penetrantes ó penetrantes; las primeras son excepcionales (Delorme).

Las heridas penetrantes son generalmente intra-peritoneales y en ciertos casos solamente extra-peritoneales (al nivel y por encima del púbc). El órgano vesical es, ordinariamente, alcanzado al mismo tiempo que otros órganos (intestinos, huesos de la pelvis, etc.) Estas lesiones son rara vez simples y se complican, en general, con derrame de orina en el peritoneo, infiltración de orina, hemorragia, cuerpos extraños.

Las heridas del recto son variables como situación y gravedad. Rara vez son perforaciones de una pared, surcos ó contusiones; generalmente hay perforación de parte á parte. Son extra ó intra-peritoneales, según la altura á que el proyectil ha penetrado en el recto; el límite está, por delante, á 5 ó 6 centímetros por encima del ano, y por detrás á 10 centímetros, poco más ó menos del punto que que el índice puede alcanzar (Delorme).

Como las de la vejiga, las heridas del recto se complican con las de los otros órganos de la pelvis, salvo en el caso raro de que el proyectil haya pasado de una escotadura á ciática á la otra, de un agujero oval, á la escotadura ciática del mismo lado ó del lado opuesto (Chauvel y Nimier). Las complicaciones más ordinarias son infiltración fecal, el flemón difuso perirectal, las hemorragias primitivas ó secundarias, las peritonitis agudas, circumscriptas y difusas.

Lesiones del estómago y del in-

testino.—Las heridas del estómago según las estadísticas, deben considerarse como raras. Otis sólo ha reunido 29 casos, de los cuales 19 curaron; se encuentran de ellas solamente 16, en los cuales solo hubo cuatro curaciones, en el informe alemán de la guerra de 1870.

Las lesiones en el intestino son más frecuentes que las de los demás órganos del abdomen. Otis ha encontrado 633 en 1,072 heridas penetrantes viscerales.

Las lesiones del estómago, directas ó indirectas, por proyectil son raras. La lesión evoluciona simplemente y se traduce por hemorragias limitadas al nivel de las diferentes capas, si la contusión es poco intensa; en el caso contrario, se produce esfacelo de las tunicas y la eliminación de las escaras es seguida de la muerte por peritonitis.

Las heridas del estómago son, por lo común, producidas por proyectiles de trayecto tangencial, que causan penetraciones simples ó perforaciones de parte á parte. La abertura de entrada es oval, cuando la viscera ha sido herida oblicuamente, circular, cortada á pico, más pequeña que el diámetro del proyectil, cuando éste tiene escasa velocidad; igual ó mayor con velocidad superior. La abertura de salida es mayor que la de entrada (1) con ó sin pérdida de substancia; á su nivel, la pérdida de substancia de la serosa es de 12 á 15 milímetros más extensa (Habart.)

Los orificios están á veces obturados por la hernia de la mucosa. En las penetraciones simples, los proyectiles caen en el estómago (Jobert, Otis); en las perforaciones de parte á parte, la abertura de la segunda pared es mayor que la de la primera (Delorme). En los tiros á pequeñas distancias, cuando el estómago contiene líquidos y alimentos, puede haber explosión (abertura de salida notablemente grande, anchas escotaduras, extensos desgarros). Las heridas del es-

(1) Para Demosthen, la dimensiones de las heridas del estómago varían entre 5 y 30 milímetros.

tómago coinciden, de ordinario, con una lesión de los pulmones, raquis, diafragma ó de una de las otras vísceras abdominales.

El intestino puede no ser herido por un proyectil que atravesase el abdomen; este hecho es raro y se produce una vez por 50 (Reclus). por lo común, la bala produce una lesión intestinal, una contusión más ó menos grave (que puede llegar hasta la escarificación de la pared intestinal, lo que es raro) y generalmente una ó varias perforaciones. Estas perforaciones varían según la velocidad del proyectil y el estado de plenitud y vacuidad del intestino. Las aberturas están en relación con el diámetro de la bala y su velocidad. Cuando el intestino está vacío ó repleto de gas, las perforaciones son simples cuando contiene líquidos, se halla explosiones, desgarros más ó menos lejanos. Es muy raro hallar una sola perforación; de ordinario son múltiples. Se ha observado 4, 5 y hasta 12 (Chauvel y Nimier) y 19 (Longmore). Las heridas del intestino se complican, por lo común, con lesiones del hígado, bazo, riñones, grandes vasos; puede ocurrir, como excepción, que casi todos los órganos y vasos importantes sean simultáneamente heridos (caso del suicida de Bain).

V.—E. DATOS GENERALES SOBRE LA MORTALIDAD PRODUCIDA POR LAS HERIDAS DE BALA; REPARTO DE LAS HERIDAS SEGÚN SU SITIO; PAPEL DE LOS PROYECTILES PEQUEÑOS EN LA INFECCIÓN DE LAS HERIDAS.—Hart cree que en las guerras del porvenir: 1.º habrá un mayor número de soldados lesionados; 2.º que la mortalidad será más considerable; 3.º, la proporción de las heridas leves será mayor que la de las graves.

Es legítimo pensar que las guerras, en razón del perfeccionamiento creciente de las armas, serán cada vez más mortíferas; sin embargo, como hacen notar Chauvel y Nimier, si se compara el número considerable de víctimas con el ca-

da vez más considerable de tropas puestas frente á frente, se ve que las pérdidas serán más bien disminuidas.

Se podía suponer que la guerra chino-japonesa sería fértil en enseñanzas, desde el punto de vista de la mortalidad producida por las armas nuevas; desgraciadamente, los efectos de los proyectiles modernos no han podido ser observados, pues las divisiones japonesas armadas de fusiles de pequeño calibre, no han intervenido en los combates.

El conocimiento del tanto por ciento de las lesiones por proyectil es de cierto interés. Tomamos á Chauvel y Nimier las siguientes cifras: los franceses han contado en Crimea 53 por 100 de lesiones por balas. En 1866, los prusianos hicieron sufrir á sus enemigos el 90 por 100 de heridas por proyectiles pequeños. En 1870, de 100 heridos alemanes pusieron los franceses fuera de combate 94 con el proyectil Chassepot. En Bosnia, los austríacos, de 100 heridos, cuentan 98 por bales. En la guerra de América la proporción más elevada ha sido de 92 por 100.

La proporción de muertos y heridos por proyectil ha sido calculada por Fischer; los resultados de las investigaciones de este autor son los siguientes: Leipzig, 1 muerto por 2 heridos; en Magenta, 1 por 5 en los franceses, 1 por 3 en los austríacos; durante la guerra ruso-turca, 1 muerto por 2 heridos.

Es de notar que la mortalidad en el campo de batalla se debe más á la importancia del órgano lesionado que al agente vulnerante, y no variará sin duda, mucho á pesar de las transformaciones que se hagan en el armamento. Se puede, pues, fundándose en la experiencia de las grandes guerras anteriores, estimar en un 15 por 100 la proporción de mortalidad inmediata. Según las cifras dadas por el Estado mayor de Prusia, para la guerra de 1870, de 1,000 hombres heridos por el fuego, 150 sucumbieron, y

de 1,000 supervivientes, 100 fallecieron después (Heuyer).

No es tal, sin embargo, el parecer de Bruns. "En las últimas guerras, dice este autor, que creemos un poco optimista, la disminución de calibre ha traído como consecuencia curaciones más frecuentes, rápidas y sin supuración. Las heridas se cerraron fácilmente con una cura antiséptica en el campo de batalla. La utilidad de la exploración y de la extracción de balas se dejará sentir. Los sedales de las partes blandas y los disparos en el pulmón, serán particularmente favorables. Las heridas articulares habrán perdido mucho de su gravedad. Las perforaciones de los huesos planos y cortos como las mismas fracturas esquirlas, serán eficazmente protegidas por las partes blandas en sí mismas poco heridas. La guerra de Chile ha demostrado lo justo de estas previsiones: en un hospital, en el que de 2,000 heridos 300 habían quedado como intransportables, todos fueron lesionados por proyectiles antiguos; por el contrario, los heridos por el proyectil Mäanlicher eran ó curados ó transportables. Bruns, para ser más exacto, debiera añadir: "ó muertos".

La repartición de las heridas, ha sido hecha también según el sitio.

En los franceses en Crimea (Chenu):

De 3,985 heridas cefálicas, 2,301 han sido producidas por balas.

De 5,071 heridas del tronco, 2,726 lo eran por proyectil.

De 2,288 del miembro superior, 1,288 por bala.

De 10, 818 del miembro inferior, 5,909 por proyectil.

En los franceses en Italia (Chenu):

De 1,498 heridas de la cabeza, 1,169 lo fueron por proyectil.

De 2,637 heridas del tronco, 2,285 por balas.

De 1,099 heridas del miembro superior, 1,010 por balas.

De 9,631 heridas del miembro inferior, 9,082 por proyectil.

Sin relatar las otras estadísticas publicadas en el extranjero (guerra de 1870 - Rawta, -- guerra de Sucesión), mencionaremos la última en fecha, la de la guerra chino-japonesa. La proporción para 100 heridos, de las heridas por regiones del cuerpo ha sido la siguiente: cabeza, 14'0; tronco. 25'5; miembros superiores, 29'1 miembros inferiores, 39.

Si se quiere resumir de un modo concreto las cifras dadas por los autores, y en especial por Fischer, basta, según este autor, expresar la fórmula siguiente, á saber: que las heridas por arma de fuego aumentan de la cabeza (57 por 100), al tronco (61 por 100), llegando á 63 por 100 en los miembros superiores y á 70'7 en los inferiores.

Los perfeccionamientos hechos en las armas de guerra no parecen estar destinados á ejercer una influencia seria sobre la frecuencia relativa de las heridas en las diversas regiones, que dependen sobre todo de las condiciones de la lucha (Heuyer).

El papel de los nuevos proyectiles en la infección de las heridas ha llamado la atención de los cirujanos. Messner, en el XXI Congreso de la Sociedad alemana de Cirujía, ha relatado el resultado de los experimentos hechos con objeto de saber si el proyectil puede llevar á los tejidos sustancias sépticas, capaces de determinar una infección. Estos experimentos han sido realizados con el fusil Mäanlicher á distancias de 125 á 200 metros, sobre cajas de gelatina y peptona esterilizada. Cuando el proyectil ha sido previamente esterilizado, los resultados desde el punto de vista de los cultivos, han sido negativos, mientras que eran positivos cuando la bala estaba infecta. Los ensayos de Faulhaber y de La Garde han dado idénticos resultados á los de Messner; también con Bergmann y Langebeck, Habart piensa que las heridas de guerra pueden ser consideradas como no infectas siempre que los vestidos que han sido llevados por los

proyectiles no los impurifiquen (Fränkel, Pfühl, Habart) y que los microbios ordinarios de la piel, sino son numerosos, no contaminan las heridas (Jaffé, Nikolski), protegidas por la sangre derramada (Büchner, Wysokowitsch).

La infección por el contacto es casi la única temible; también, "puesto que de la primera cura depende la vida del herido" (Wolkman), debe ser siempre practicada por médicos. El personal subalterno ha de ser destinado únicamente para levantar y transportar los heridos hasta el lugar de la cura (Habart); se deduce, pues, que el transporte debe en todo caso preceder á la primera cura (Percy, Forgeue).

VI.—F. URGENCIA DE LOS PRIMEROS SOCORROS EN LAS GUERRAS FUTURAS; FRECUENCIA DE LOS CASOS DE MUERTE POR EL HECHO DE LAS HEMORRAGIAS.—Está admitido por la mayoría de los autores que los cirujanos deben fijar su atención en lo sucesivo: 1.º en la frecuencia y abundancia de las hemorragias en las lesiones de las vísceras y de los tejidos blandos; 2.º en la fragmentación, á toda distancia, de las fracturas diáfisarias.

La intervención rápida del cirujano será más que nunca indispensable, "para fijar, sin muchos dolores ni perjuicios, el miembro cuyo soporte óseo está reducido á destrozos" y sobre todo para luchar contra las hemorragias; pues la frecuencia mayor de los derrames, su abundancia, aun sólo en las secciones de los vasos pequeños ó medianos, hacen preveer peligros que hacían poco comunes la acción más contundente de proyectiles, á velocidad media, de volumen más considerables, de deformaciones más fáciles (Chauvel).

Demosthen cree, así mismo, que á causa del mayor alcance de las armas nuevas, de la precisión y rapidéz del tiro, es casi imposible practicar una acción quirúrgica en tiempo útil. El médico inspector Chauvel opina que hay un po-

co de exageración en las previsiones del médico rumano; pero que es bueno, sin embargo, preocuparse más que nunca de los medios de asegurar rápidamente la hemostasis provisional, la primera cura, el transporte de los heridos, y su apartamiento del campo de batalla.

Casi todos los cirujanos están de acuerdo en temer de los proyectiles forrados hemorragias comúnmente mortales en el campo de batalla. Mientras que las balas de plomo no deformadas destrozaban y desgarraban los tejidos, determinando heridas parecidas a las del extrangulador y que apenas sangraban (Pirogoff), los hechos observados demuestran que los nuevos proyectiles seccionan con limpieza las arterias. El orificio es producido como por un sacabocados; queda abierto y las túnicas no se retraen (Habart, Bruns). En razón de la estrechez de los trayectos que los coágulos obliteran fácilmente, se producen hemorragias rápidamente mortales, que se realizan menos al exterior que en los intersticios de los tejidos y grandes cavidades.

Ninguna estadística permite, hasta el presente, preveer en qué proporción los heridos sucumbirán á las hemorragias en el campo de batalla; pero su número será considerable, si se cree los hechos aportados por Stitt y Talvera en la reciente guerra de Chile, en la que se han usado fusiles de pequeño calibre.

Por otra parte, fundándose en un cierto número de accidentes acaecidos en tiempo de paz y que han podido ser bien estudiados, Fischer pretende que los heridos muertos de hemorragia, antes de que haya habido tiempo de levantarlos, formarán, por lo menos, la mitad de la cifra de hombres encontrados como muertos en el campo de batalla.

VII.—G. TEORÍAS EMITADAS SOBRE LA BALA HUMANITARIA ; LÍMITE MÁXIMO DE REDUCCIÓN DEL CALIBRE DE LAS ARMAS DE GUERRA.—Casi to-

dos los autores parecen con razón temer que el proyectil de pequeño calibre produzca efectos explosivos mayores que los proyectiles antiguos, y que la zona de sus efectos sea más extensa. Bruns ha intentado demostrar con sus experimentos que esos temores eran vanos. Según este cirujano, las heridas por proyectil de 8 milímetros tendrían un carácter de gravedad menor á todas las distancias. De los trabajos de Bruns se deduce que en las guerras futuras tendremos, quizás en igual lapso de tiempo, mayor número de heridas, pero éstas serán, en general, menos graves y se aproximarán ventajosamente á las lesiones subcutáneas. La curación será más rápida, las mutilaciones menos frecuente. "El arma nueva de pequeño calibre, dice Bruns, no sólo es la mejor, sino también la más humana, porque atenúa, dentro de los límites de lo posible, los horrores de la guerra".

Morósov, si bien reconoce que los proyectiles acorazados producen desgastes menores, cree que ocasionarán, en razón de su velocidad, mayor número de heridas que los otros proyectiles. "No merecen, pues, el nombre de proyectiles humanitarios".

Kraske, por su parte, nos pone en guardia contra esa concepción demasiado ideal de la acción benigna de las balas modernas. Habart, que en una de sus Memorias relata esta opinión de Kraske, la acepta por completo: "A no juzgar, dice Habart, las heridas por armas de fuego más que por las pequeñas aberturas de entrada y de salida y por los desórdenes moderados producidos en las partes blandas, en los tiros á grandes distancias, se está dispuesto á clasificarlas como ligeras y á calificar la bala de humanitaria. Pero si se sigue el trayecto del proyectil en la profundidad, si se mide las dimensiones en el sentido de la longitud, se llega á otras conclusiones bien distintas." Habart reconoce, con Kraske, que "la bala humanitaria es una utopía".

La opinión de Demosthen es más

categorica aún: "Ante una herida de un miembro, cuyas aberturas cutáneas, pequeñas y regulares, ocultan un gran foco de fractura diafisaria, ante dos orificios tegumentarios del tórax, pequeños, redondos y muy limpios, pero que conducen á una extravasación sanguínea intra-pleural de 3 á 4 kilogramos, no puede negarse que es bien pérfida esta bala tenida por humanitaria, que destroza el cráneo, que desmenuza los huesos, que corta netamente los vasos, que puede deformarse y aún romperse en el cuerpo en varios trozos puntiagudos, cortantes, imposibles de extraer, que hiere varios individuos á la vez y que multiplicando el número de heridos y de heridas, nos impide, por la mayor extensión de la zona peligrosa, prestar nuestro auxilio á los heridos con la presteza y seguridad necesarias".

Reger sólo espera una mejora desde el punto de vista humanitario si se disminuye simultáneamente el calibre y la carga; en este caso solamente la velocidad podrá ser menor; sino es así, "la velocidad será mayor y la acción más perjudicial".

Al profesor Delorme debemos las conclusiones más exactas relativamente á la parte humanitaria de los pequeños proyectiles. "En suma, dice este autor, aun conservando los caracteres generales idénticos á los proyectiles de 11 milímetros, las heridas producidas por las balas actuales, en razón del diámetro menor del proyectil, de su fragmentación menos frecuente, de la permanencia más rara de los cuerpos extraños, son menos graves, extensas, y de un tratamiento más fácil que los traumatismos por proyectiles antiguos. Sin embargo, nos guardaremos bien de dejarnos seducir por las dimensiones muy limitadas de las aberturas cutáneas de las balas actuales y de desconocer los desgastes profundos de las cavidades y de los huesos, y es llevar muy lejos el amor á la paradoja el llamar humanitario á un proyectil que atraviesa seis hombres

á cortas distancias, en lugar de dos ó de uno, ó que puede ejercer su acción mortífera en una zona de más de 3,000 metros”.

Kocher, en su comunicación al Congreso de Roma, ha estudiado extensamente las condiciones que debían presentar los proyectiles modernos para ser realmente humanitarios.

El cirujano de Berna expone, en las conclusiones de su trabajo, que para llegar á este resultado, precisaría disminuir al mínimum la superficie de ataque:

- a. Por la disminución del calibre (5 á 6 milímetros);
- b. Empleando un proyectil de dureza mayor, sobre todo en la extremidad anterior, lo que evitaría la deformación;
- c. Afilando la punta para facilitar la penetración;
- d. Por último, aumentando la velocidad de rotación, que impide la penetración oblicua.

Acabamos de ver que una de las condiciones principales que han de ser realizadas para hacer la bala humanitaria consiste en la disminución del calibre del proyectil. Desde el punto de vista experimental, la cuestión ha sido recientemente estudiada en lo que concierne á la posibilidad de reducción máxima de las armas de guerra en el curso de los estudios emprendidos por el Dr. Doyen y el comandante Journée.

En diciembre de 1894, el Dr. Doyen, auxiliado por el comandante Journée, ha hecho experimentos empleando una serie de fusiles desde el de 4'5 milímetros, que ha sido disparado hasta 975 metros de velocidad, hasta el fúsil elefante de calibre de 21 milímetros, comprendiendo un gran número de calibres intermedios. Resulta de estos experimentos, á primera vista, que el calibre de 7 á 7,5 milímetros, es el mínimum por debajo del cual no se debe descender si no se quiere que á distancias ordinarias de produzcan sedales sin gravedad.

Aun en las cabezas, en las cuales el efecto dinámico es, sin em-

bargo, muy poderoso, un proyectil de 4'5 milímetros, á una velocidad de 974 metros, sólo hacía una herida que era el tercio de la del fusil 1874 con 430 metros de velocidad. La herida del fusil de 4'5 milímetros, en este caso particular, hubiese sido evidentemente suficiente: pero la velocidad de 975 metros no tiene condiciones prácticas á las distancias medias; con velocidades más prácticas se haría bien poca cosa (comandante Journée).

La influencia de calibre, tal como resulta de estos experimentos, ha sido mayor de lo que esperaba el comandante Journée: desde el punto de vista de las heridas en los caballos, para obtener desórdenes suficientes, no precisa descender por debajo del calibre 7'5 milímetros. “Los rusos han sido, pues, bien advertidos, no adoptando los fusiles de los calibres 6 y 6'5 milímetros, que, sin embargo, conocían” (Journée).

VIII.—H. BALAS TUBULARES.—
CARTUCHOS DE BLANCO; SUS HERIDAS Y COMPLICACIONES.—Desde hace cierto número de años se habla de los efectos de las *balas tubulares*; por tanto, debemos decir una palabra de estos proyectiles especiales. Se sabe que un cilindro hueco tiene igual densidad de sección que uno lleno; de este hecho, bien conocido, resulta, desde el punto de vista teórico, que una bala perforada siguiendo su gran eje de una cavidad cilíndrica, presenta la ventaja de tener las mismas cualidades balísticas que una bala maciza, y de ser más ligera.

A pesar de investigaciones numerosas, no se ha podido prácticamente todavía sacar partido de esta superioridad. Cuando se dispara halas tubulares de plomo, las paredes se aplastan, llenan la cavidad ó la deforman; el tiro es irregular, sin precisión y sin tensión. Las balas rígidas, de hierro y latón, son difíciles y costosas de fabricar; no se ha conseguido, por otra parte, hacerlas funcionar co-

rectamente en el tiro. La bala tubular no es otra cosa, hasta el presente, que una curiosidad balística, objeto de estudio sin aplicación práctica (comandante Vonderscherr).

El Dr. Doyen y el comandante Journée, en el curso de sus recientes experimentos, han disparado balas tubulares de acero con cinturón de cobre. El efecto ha sido el que esperaba Journée con arreglo á sus ensayos con bala de plomo de la misma naturaleza, esto es, poca cosa, aun desde el punto de vista de la penetración.

Las heridas hechas con los *cartuchos de blanco* son, en general, más graves de lo que se pudiera creer á primera vista. La reputación de inocuidad, dada á esta clase de lesiones, está desmentida por las observaciones publicadas principalmente en estos últimos años.

El herido de Callet y Bernard recibe, durante una maniobra nocturna, un disparo, con cartucho de blanco, en la región tèmpera malar izquierda; á pesar de un tratamiento minucioso, el herido es víctima del tétanos al sexto día después del accidente y muere en tres días. Sucede lo mismo al noveno día (muerte por tétanos), al herido del Dr. Warion á consecuencia de una lesión de la cara. Un herido del Dr. Weil, lesionado en la mano, sucumbe de la misma complicación después de 16 días. Más curioso es el hecho del herido del médico principal Dumayne, cuyo soldado, queriendo demostrar á sus camaradas la pretendida inocuidad de los disparos de blanco, arma su fusil con un cartucho incompletamente vacío, apoya el antebrazo en la extremidad del cañón, y ruega á un camarada que tire del gatillo; el cúbito queda roto en numerosos fragmentos, las esquirlas se mezclan con la papilla resultante de la atrición de los músculos y de los tejidos comprendidos entre la abertura de entrada y de salida.

Vagner en tres hombres heri-

dos por cartuchos de blanco (fusil Mánnlicher), á los cuales ha prestado sus cuidados, ha perdido uno del tétanos á pesar de la aparente sencillez de la herida, que sólo presentaba una abertura de entrada.

Se debe al Dr. Dupeyron, médico mayor, la observación de un herido que, á consecuencia de un falso movimiento, se destruyó la mandíbula con un cartucho de blanco, produciéndose las siguientes heridas: herida profunda del labio superior; en la mandíbula superior, tres dientes incisivos rotos, desmenuzados, desaparecidos, y el canino izquierdo fracturado; herida profunda en las encías; fractura múltiple del borde alveolar del maxilar, herida de la lengua y equimosis extenso de la mucosa palatina.

El caso precedente se puede unir al publicado por Berck de una joven de 16 años, herida á una distancia de dos pasos por un cartucho de blanco (nuevo fusil alemán) con destrucción del suelo de la órbita, machacamiento del ojo derecho, herida de la maxilar interna en la fosa esfeno-maxilar, que obligó á la ligadura de este vaso al cuarto día (curación).

Por último, recientemente el Dr. Bergasse, médico mayor, acaba de publicar un caso de herida mortal por disparo con cartucho de blanco (carabina modelo 1886) hecho á unos 40 centímetros próximamente, que determinó una hemorragia fulminante de los vasos hepáticos. Bergasse ha reproducido con los cartuchos de blanco los experimentos de Dupeyron, y resulta de los ensayos hechos por nuestros colegas, que un cartucho de blanco, modelo 1886, no es por sí mismo peligroso, más allá de 5 metros; pero sí lo es cuando la distancia es inferior á 3.

En todo caso, la frecuencia del tétanos que sobreviene como complicación de las heridas por cartucho de blanco, demuestra suficientemente que estos proyectiles están léjos de ser inofensivos, aun

cuando produzcan diéresis simple. También, como justamente lo ha hecho notar Bergasse, no se cumplirá nunca lo bastante el reglamento que prohíbe el combate cuerpo á cuerpo, y se ha de ser muy severo contra los hombres cuya nerviosidad ó su abandono en estos ejercicios del servicio en campaña, olvidan, porque el simulacro les es interesante, sobradas veces, las reglas más elementales de la prudencia.

MEDICINA PRÁCTICA

Dr. J. COMBY

Eczema infantil y su tratamiento

(Semana Médica de Buenos-Aires)

Eczema es una dermatitis especial, generalmente vesiculosa, que se acompaña casi siempre de exudación y de formación de costras más ó menos gruesas. La dermatitis trae rubicundez, tumefacción y fragilidad de la piel, es puriginosa ó dolorosa, é imprime al rostro una marca chocante; la exudación y las costras, son aun mas desagradables. Si agregamos que el eczema es muy comun en los niños de poca edad, que es rebelde á la terapéutica, que abre la puerta á complicaciones temibles, á infecciones cutáneas diversas, que hasta produce repercusiones viscerales, se tendrá una idea de la importancia que presenta en medicina infantil.

CAUSAS.—El eczema no es una entidad mórbida, su naturaleza íntima es desconocida y se deben distinguir numerosas especies.

En los niños de corta edad, en los niños de pecho, el eczema parece reconocer un origen interno, y se acentúa cada vez más la tendencia á considerarlo como una *auto-*

intoxicación. Es á menudo uno de los efectos múltiples de la *gastro enteritis* de los niños mal alimentados ó sobre-alimentados; comun en la lactancia artificial, es relativamente raro en la lactancia natural.

Sin embargo, se ven también niños amamantados por la madre ó por una buena doriza, afectados de eczema. En tal caso imposible atribuirlo al: hiberon, á la leche de vaca, á la alimentación prematura, etc.; forzoso es entonces buscar del lado de la mujer que cria, de su régimen alimenticio, de su higiene general, ó de la calidad física de su leche, cuando no se pueda acusar ó la superabundancia ó á una falta de sistema en el amamantamiento, etc. Algunas leches de mujer, buenas en apariencia y suficientemente abundantes, son pobres en ciertos elementos, muy ricas en otros y no convienen á todas las criaturas. Será preciso hacer analizar la leche, asegurarse de su riqueza en manteca, en cascina, en extrato seco. Si todo es perfecto del lado de la nodriza, se deberá sospechar de la criatura, estudiar su temperamento, sus antecedentes hereditarios y se encontrará á veces, una tara artrítica, ó herpética, que explicará una eczema sobrevenido en las mejores condiciones de lactancia.

Pero, en suma, el eczema de los niños bien alimentados, es excepcional, y esta dermatosis no se hace frecuente é inquietante mas que en los niños alimentados artificialmente y mal cuidados.

Es muy raro que una criatura eczematosa no tenga perturbaciones digestivas más ó menos acusadas: vómitos, diarrea ó constipación, vientre abultado, estigmas ya aparentes de raquitismo, etc.

Según Una (de Hamburgo), el eczema en general, y particularmente el *eczema soborreico*, sería parasitario, y tendría por agente un microbio llamado *morococo*. Esta ingeniosa hipótesis espera su confirmación experimental.

— Causas accidentales, traumatismos diversos, irritaciones cutáneas

(revulsivos, insectos), fiebres eruptivas, podrían dar impulso al eczema en los niños predisuestos.

Se ha querido hacer desempeñar á la *dentición* un papel que le niego absolutamente hasta que se presente la prueba decisiva.

Mas tarde, en la segunda infancia, se notará el eczema en los niños artríticos, linfáticos, escrofulosos, y segun el temperamento mórbido de cada niño, este eczema presentará aspectos particulares.

De todas las causas invocadas para explicar el eczema, dos deben ser consideradas como principales: 1.^a la *herencia*, 2.^a la *auto-intoxicación*. La herencia obra rara vez en la primera infancia, en los niños de pecho, que tengo principalmente en cuenta; no se acusa bien, bajo el punto de vista dermatológico, sino en la segunda infancia, en la adolescencia, en la edad adulta. Por el contrario, la auto-intoxicación, que es de todas las edades, desempeña un papel enorme en la patología del recién-nacido y del niño de pecho.

SÍNTOMAS.—En los niños de pecho, el eczema afecta con predilección la cara y el contorno de los orificios naturales. Puede ser muy precóz, y manifestarse con rasgos netos, desde las primeras semanas de la vida, pero es sobre todo frecuente en los primeros meses, en el primer año. Se ve en la frente, en las mejillas, en el cuero cabelludo, en el surco retro-auricular, y luego, en el cuello, en los brazos y á veces en todo el cuerpo. Puede ser seco, pityriasiforme, pero generalmente es húmedo, exudante, costroso y forma é veces sobre la cara del niño, una máscara horrible, agrietada, teñida de sangre, en medio de la cual los ojos intactos lucen con un brillo particular.

El eczema de los niños pequeños es generalmente pruriginoso, provoca incesantemente á rascarse y es muy pronto desfigurado por traumatismos, contra los cuales hay que luchar con energía.

Cuando las costras son gruesas, recuerdan el *impétigo*, y en reali-

dad, en muchos casos, el impétigo viene á complicar el eczema (*eczema impetiginoso*) lo mismo que las otras *pyodermias* (ectima, abscesos cutáneos ó sub-cutáneos, etc.) Estas asociaciones mórbidas hacen á veces difícil el diagnóstico.

De la cara, sitio de elección y punto de partida habitual del eczema, puede extenderse en placas más ó menos extensas, al tronco y á los miembros. En las regiones cubiertas de vello (cuero cabelludo, cejas), el eczema se confunde con la seborrea que á menudo lo ha precedido, y se vé entonces, una superficie costrosa, amarillenta, de aspecto sucio, constituida por la aglomeración de pelos, costras y polvos atmosféricos.

El eczema de los niños de pecho se manifiesta á veces con una simetría perfecta, en la cara como en los miembros.

Al lado de las formas exudantes y costrosas, las más comunes y las más fastidiosas, hay formas secas, pityriásicas, escamosas, más ó menos pruriginosas. En general, estas formas están diseminadas en diferentes partes del cuerpo, sin afectar una región en su totalidad, dejando entre sí grandes intervalos de piel sana.

E. Besnier, ha insistido con razón sobre ciertos eczemas salientes, elevados, marginados, elefantíacos, á consecuencia de la tumefacción edematosa del cuerpo papilar y de los otros elementos del dermis.

Rodeando los orificios naturales, los ojos, la boca, la nariz, el eczema, no respeta siempre la débil barrera que separa el tegumento externo del tegumento interno, y puede producirse un eczema de las mucosas. ¿Que significan esas blefaritis crónicas, esas otitis, esas labialitis, esas rinitis de los niños eczematosos? Traducen la localización del eczema sobre las mucosas accesibles. Del lado de los órganos genitales, señalaremos las vulvitis y balanopostitis del mismo origen.

Pero si el eczema amenaza las mucosas vecinas, no va lejos ni profundamente; no le gusta la sombra, no florece bien sinó á la luz. Se ha hablado de manifestaciones viscerales. Si consecuttivamente á la desaparición expontánea ó provocada de una extensa superficie eczematosa, se vé al niño presentar accidentes meningíticos, intestinales ó bronco-pulmonares, no quiere esto decir, que las meninges, la mucosa de las vías digestivas, los bronquios ó los alveolos pulmonares se hayan hecho el sitio de una erupción eczematosa. Se supone en tal caso, que el eczema es un *emuntorio*, una superficie por la cual se eliminan productos tóxicos: si este emuntorio llega á faltar bruscamente, el niño se envenena y esta auto-intoxicación puede traducirse por accedentes meníngeos, pulmonares, intestinales, etc.

En realidad, estas repercusiones son muy raras, pero sería un error considerarlas como quiméricas ó despreciables.

Considerando todo esto, el pronóstico del eczema de los niños de pecho, cuando es extenso y durable, es sério, y debe tratársele con el mayor cuidado.

TRATAMIENTO.—Se debe obrar de dos maneras; directamente (*tratamiento local*) é indirectamente (*tratamiento general*).

1.° *Tratamiento general.*—Debe colocarse, en primera línea, la higiene alimenticia de la criatura. Cualquiera que sea la causa de eczema, aunque no tenga nada que ver con el tubo digestivo, está probado que las perturbaciones disépticas, las fermentaciones gastro-intestinales, las perturbaciones funcionales del hígado y de las glándulas anexas, las intoxicaciones alimenticias, favorecen ó producen las *poussées*, las recaídas, las axacervaciones del eczema.

Si el niño mama, se regulará estrictamente, el número, la duración y el intervalo de las tetadas. Si la reglamentación es ineficaz, se ocupará del régimen de la nodriza,

y se apartarán las causas que puedan afectar su leche. alcohol, abuso de carnes, falta de ejercicio, constipación, disgustos y emociones morales vivas.

En caso de lactancia artificial, se deberá ser aun más severo, supresión de los biberones á tubo, esterilización de la leche, leche pura ó terciada, según la edad y la tolerancia del niño, azucarar la leche, limpieza absoluta en la manipulación y uso de ella. Si la leche de vaca continúa siendo mal soportada, se ensayará la leche de burra, ó leche descaseinada de Goertner, etc. Si el niño está destetado y come ya como sus padres, se insistirá sobre la elección y el racionamiento de los alimentos y de las bebidas.

Bebidas: supresión del alcohol (vino, cerveza, cidra, etc.); ni té ni café, leche pura terciada ó descremada, agua pura, agua de Evian ó de Alet, tisanas, régimen lácteo absoluto; se limitarán los líquidos, el niño no deberá beber fuera de sus comidas y se contentará con un dosis moderada, es decir de 400 á 500 gramos por día.

Alimentos: prohibir los pescados de mar, los crustáceos (langostas, cangrejos, langostinos, caracoles), la carne de cerdo, las carnes saladas, los embutidos, las carnes pasadas, la carne negra y la caza silvestre, las coles, coliflores, ensaladas, espárragos, tomates, espinacas, berenjenas, fresas, grosellas, frambuesas, naranjas, las comidas condimentadas, los quesos fuertes y salados (roquefort, brie, camembert, stilton, chester, etc). Se prohibirá los alimentos muy ácidos, salados ó azucarados.

Se da demasiado temprano la carne, sobre todo la carne roja, á los niños apenas destetados: se abusa de las carnes jugosas, de los bistecques, de los jugos de carne; procediendo así, se trasmite á los niños la ténia, pero no se les fortifica, muy al contrario y cuando tienen eczema, este se exaspera. Se deberá empezar siempre por las carnes blancas (menos de ternera),

pollo, pichón, molleja de ternera ó de cordero, sesos, costillas de cordero; se las da primero en una comida, y después de tres años se las puede dar dos veces. Las carnes de pato, de ganso, de pavo, son muy pesadas é indigestas para los niños pequeños. A la carne se debe preferir en general los huevos, los preparados de leche y los vegetales; pan tostado y biscochos, sopas y panetelas, feculentos en purée (papas), porotos, alberjas, lentejas. Se evitará los dulces, bombones, la pastelería.

Cura de aire y cura termal.— Es preciso dar aire á los pequeños eczematosos evitándoles las intemperies; se los hará salir todos los días. Será á veces conveniente un cambio de aire, un viaje al campo, pero se evitará la costa del mar. Los niños de pecho no podrían de ningún modo ser sujetos á una cura termal; es solo más tarde, en la segunda infancia, cuando el eczema pasa á la cronicidad, cuando no está ni irritado ni irritable, que se puede pensar en la Bourboule, en las estaciones sulfurosas y en las alcalinas.

Medicamentos.— En los niños de pecho, es preciso abstenerse de los medicamentos activos, que tienen la reputación antigua de ser *antiherpéticos*; me refiero al arsénico y á los jarabes depurativos en general; es preciso reservarlos para la segunda infancia y la edad adulta. En los niños de corta edad, me contento con combinar el uso moderado de los alcalinos, con el uso también moderado de los laxantes y de los antisépticos intestinales.

Si el niño tiene embarazo gástrico, deposiciones fétidas, dará buen resultado el calomel á dosis fraccionadas (un centígramo por día y por año de edad, en tres ó cuatro tomas, en una cucharada de café de agua azucarada ó de leche.)

Si no hay epifenómeno agudo de parte del tubo digestivo, prescribo dos ó tres paquetes, conteniendo cada uno: bicarbonato de sodio, magnesia calcinada, benzo-naftol (15 á 30 centigr. según la edad.

polvo de nuez vómica ($\frac{1}{2}$ centígramo por día y por año de edad.)

Estos paquetes son continuados durante 8 ó 10 días y luego suspendidos durante un tiempo igual, para evitar la acumulación de la nuez vómica. Se puede modificar estos polvos agregándoles un poco de ruibarbo, un poco de pancreatina ó de pepsina. Si hay diarrea, reemplazo la magnesia calcinada por el salicilato de bismuto. En los niños muy pálidos y anémicos, agrego algunos centigramos de *protoxalato de hierro* (2 á 5 centigramos por día, según la edad.)

Gracias á estos medicamentos, se obtiene á menudo la regularización de las funciones gastro-intestinales y se favorece grandemente la acción del tratamiento local.

Tratamiento local.— Cuando se hace convenientemente el tratamiento general que acabo de indicar, puede uno mostrarse audaz en las tentativas de tratamiento local, puesto que se pone al abrigo de las repercusiones antes tan temidas.

Por de pronto, hay que suprimir los baños y mostrarse sobrio en curaciones húmedas. Después de haber dado un baño de sublimado (1 por 10000) no se darán más y se atacará directamente el eczema, por tópicos, primero anodinos y luego activos si es necesario.

Si hay costras gruesas, se las hace caer con una cataplasma de almidón. Luego se hace una curación seca, si el dermis está rojo, exudante y doloroso. Las curaciones húmedas dificultan en estos casos la keratinización y más valdría curar como una quemadura (ácido pícrico al 1 por 100). Si el eczema es muy pruriginoso, las envolturas con compresas embebidas en linimento óleo-calcáreo, ó aceite de bacalao, son muy útiles; las telas de cautchuc son mal soportadas por los niños.

Antes de recurrir á las pomadas con azufre ó alquitrán, que son muy irritantes, se emplearán los tópicos suaves, glicerolado de al-

midón, vaselina ó lanolina con óxido de zinc á 1 por 100, ó subnitrate de bismuto á la misma dosis. Las colas, las pastas al óxido zinc, pueden ser empleadas.

La curación seca da á veces maravillosos resultados en los eczemas extensos, ó las dermatitis eczematiformes irritadas y exudantes. Me sirvo frecuentemente de la mezcla siguiente.

Almidón.....	} aa	20 grm.
Talco.....		
Licopodio.....		
Subnitr. bismut.....		
Acido salicílico....	1 —	
Mentol.....	50 centígr.	

Se puede emplear el dermatol, el aristol, etc., pero el principio es siempre el mismo. El espolvoreamiento calma la picazón, protege las superficies irritadas, favorece la reparación de la epidermis: es el tratamiento de elección de la primera infancia. Por sí solo, puede bastar para la curación de una *poussée* de eczema; pero es incompleto, no ataca la causa íntima que hemos tratado de despejar y de combatir por medio del tratamiento interno que hemos indicado más arriba.

Tratamiento del impétigo

En el *Journal de Médecine Interne* encontramos un artículo muy interesante del Prof. Gaucher sobre esta dermatosis, que tan frecuente es en nuestro Capital. De él transcribimos la parte correspondiente al tratamiento, pues nuestras observaciones nos ponen de acuerdo con el citado profesor: el tratamiento debe ser emoliente y ligeramente antiséptico.

Se expresa así:

Después de la profilaxia, que consiste en el aislamiento, ¿que tratamiento curativo debemos emplear? El más simple posible puesto que la afección es superficial.

Ser limpio es el punto esencial. — Bazin aconsejaba el aceite de cade que deseca las pústulas, después las cataplasmas para hacer caer sus restos secos. Pero el aceite de cade es un medio muy tosco en estas circunstancias y no hay objeto en imponerlo con sus inconvenientes, su olor y su color muy desagradables para las aplicaciones en la cara. — Las soluciones boricadas, el polvo de ácido bórico, la vaselina boricada bastan: compresas sobre las costras, polvos sobre las partes húmedas y en seguida compresas, vaselina si hay inflamación.

En los casos antiguos y rebeldes al ácido bórico, se recurre, con éxito, á la solución de resorcina al 1% que es tan útil en todas las supuraciones cutáneas. Se emplea también con buenos resultados una preparación antigua, puesta últimamente en voga, el agua de Alibour, canforo-sulfatada.

Agua.....	200 gramos.
Sulf. zinc.....	7 „
Sulf. cobre.....	2 „
Azafran.....	40 centig
Alcanfor.....	á saturación

Esta solución se emplea diluida.

Se pone un tercio ó un cuarto de ella en el agua de las lociones, un quinto ó un sexto para las compresas continuas. Se la diluye especialmente en los niños.

Se han usado pomadas al calomel (3 por 30). El calomel es peligroso: podría ser un purgante intempestivo. Debe recubrirse esta pomada para que el niño no pueda ponérsela en la boca. Se emplea también el óxido amarillo de mercurio, una parte por 20, 30, 40 ó 50 de vaselina; evidentemente cuanto mayor sea la superficie cruenta deberá usarse mayor cantidad de vaselina.

No se descuidará los medicamentos del estado general: jarabe de ioduro de fierro, jarabe iodo-támico, aceite de hígado de bacatao.

FORMULARIO

Para la congestión pulmonar de los niños

(Perier)

- Acetato amonia-
co..... 75 centg. á 1.50 gr.
- Benzoato soda.. 1 50 gram.
- Oximel scilítico. 8 ,,
- Jarab. cerezas.. 20 ,,
- Agua dest..... 80 ,,

M.—Una cucharadita cada hora.

* *

Loción contra el prurito del ano

(Penzoldt)

- Hiposulfito soda..... 30 gram.
- Acido fénico..... 5 ,,
- Glicerina 20 ,,
- Agua dest..... 540 ,,

M.—Mójense compresas en esta solución y aplíquense en el ano con frecuencia.

* *

Polvo para curaciones vaginales

(Lucas Championiere)

- Polv. yodoformo.... }
 ,, benjuí..... }
 ,, quina..... } en
 Carbonato magnesia } partes
 saturado con aceite } iguales
 de eucaliptus..... }

* *

Inyección para la blenorragia de las mujeres

(Lutaud)

- Alumbre }aa
- Borax } 30 gram.
- Sulf. quin..... 80 centg.

- Acido fénico }aa
 - Esencia timol }30 gotas
 - Glicerina..... 200 gram.
- Usos.—Una cucharada en un litro de agua caliente para inyecciones vaginales tres veces al día.

* *

Para la dentición difícil

(S. Sautoire)

- Polv. James }aa
- ,, calomel }5 centg.
- Bicarb. soda..... 60 centg.
- Polv. Dower..... 10 centg.
- Azúcar leche..... 60 centg.

Divídase en 12 papeles. Para un niño de 6 meses á un año debe darse un papel cada 4 ó 5 horas, en jarabe ó en leche y agua.

Polvo para la curación de las llagas supurantes.

- Polvo de indoforno }
 — de salol..... }
 Subnitrate de bis- }
 muto } áá 40 gramos
 Polvo de carbón ... }
 — de quina..... }
 — de benjuí..... }

Publicaciones Recibidas

Formulario de los medicamentos nuevos para 1898 por H. BOCQUILLON LIMOUSIN, farmacéutico de 1.^a clase, laureado de la Escuela de Farmacia de París. Introducción por el DR. HUCHARD, médico de los hospitales. 1 vol. en 18 de 320 páginas, cartonado... 3 franc.

Los formularios que tienen algunos años no corresponden á las necesidades actuales, la materia médica se transforma diariamente por las numerosas adquisiciones que se hacen.

El formulario de M. Bocquillon es el que se encuentra más al corriente, el que registra las novedades á medida que se producen.

La edición de 1898 contiene gran número de artículos nuevos introducidos recientemente en la tera-

péutica, que no existen todavía en ningún otro formulario.

Citaremos en particular: el ácido cacodílico, el cardol, el quinaftol, la crisoidina, eucaina, euofina, ferro-somatosa, holocaina, midrol spinol, tanalbina taurisal, etc. etc.,

Librería de J. B. Bailliere é hijos, 19, rue Hautefeuille, á París.

☞ **Tratado de Operaciones** por el DR TEODORO KOCHER profesor de la Universidad de Berna y Director de la clínica quirúrgica de la misma. Traducido de la tercera edición alemana por el Dr. *Rafael del Valle y Aldabalde*, médico, por oposición, del hospital Provincial de Madrid.

Administración de la "Revista de Medicina y Cirujía Prácticas". Calle de Preciados, 33, bajo Madrid.

Hemos recibido el 2.º cuaderno de esta obra, que analizaremos debidamente cuando tengamos en nuestro poder el 1.º y los restantes.

Revue mensuelle de Bibliographie Medicale publicada por J. B. Bailliere & fils

☞ **Lecciones de Clínica Médica** dadas en el hospital Hotel-Dieu de París, en el curso de 1896 á 1897 por el DR. G. DIEULAFOY, profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de París.

Traducido por don Rafael Ulecia y Cardona.

Madrid, Administración de la Revista de Medicina y Cirujía Practicas, calle de Preciados. 33, bajo.

En este volumen, muy interesante, trata el Profesor Dieulafoy asuntos clínicos casi todos de actualidad, mereciendo citarse muy especialmente las lecciones sobre apendicitis, afección de que se ocupa extensamente exponiendo sus doctrinas con esa galanura de estilo y precisión peculiares al clínico francés.

Coexistencia de tres epidemias de viruela, sarampión y escarlatina en Palma, durante el año 1883 por D. ENRIQUE FAJARNÉS TUR.

Palma de Mayorca 1897.

Operación cesaria por cáncer del útero. Niño vivo. Curación operatoria por ROBERT SOREL (Le Havre), cirujano de los hospitales.

París 1898.

Statistique des Operations pratiquées au Mans du 1er. janvier au 31 décembre 1896 por H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans).

París 1897.

Trois cas de Chirurgiè du Larynx por J. PAUTALONI (de Marseille), ancien Chirurgien-Major des hopitaux.

París 1897.

Trujillo, Febrero 10 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy Señores Míos: Muy á mi satisfacción es la forma modo y composición del precioso medicamento Emulsión de Scott que prescribo con mucha frecuencia á mis enfermos y familia, con éxito feliz. No produce las indigestiones que causa muy á menudo el aceite de hígado de bacalao puro.

En las enfermedades escrofulosas tan comunes en nuestro clima, en la tuberculosis pulmonar, raquitismo y otras, sus efectos, á veces lentos, son siempre prodigiosos. Me venaglorío de haber preferido la Emulsión de Scott. Las convalecencias lentas y el desarrollo de las jóvenes linfáticas tienen en este preparado un reconstituyente especial.

DR. NICOLAS CARLOS DE VEGA.