

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO IX MADRID 1.º DE NOVIEMBRE DE 1895 NÚM. 201

HOSPITAL MILITAR DE MADRID

RESUMEN ESTADÍSTICO, OBSERVACIONES CLÍNICAS Y OPERACIONES

SALAS 4.ª Y 5.ª DE CIRUGÍA

Servicio del Dr. Pérez Ortiz: Médico Mayor del Cuerpo

Las salas de nuestros hospitales prestan una gran enseñanza clínica bajo todos los puntos de vista que se las consideren; sin embargo, unas veces nuestra apatía ó nuestra modestia, otras los obstáculos inherentes á una organización viciosa que mata todo estímulo, han sido siempre causa que nuestros materiales científicos se pierdan ó estén relegados en el más completo olvido. Tengo mi opinión formada sobre este particular, opinión que parecerá buena ó mala, pero me permite desde luego manifestar que de algunos años á esta parte el quietismo científico en el Cuerpo se ha acentuado demasiado, hasta el punto que se olvida algo nuestra buena historia científica. Sin embargo, no estamos cruzados de brazos; en las clínicas, en los laboratorios y en nuestros centros técnicos, se trabaja mucho con inteligencia, con constancia y con verdadero interés. ¡Pero de qué sirve! ¿Debemos de contentarnos solamente con el cumplimiento del deber, con la satisfacción propia de nuestro trabajo? Yo pienso que no; creo que el hombre que cultiva una profesión, arte ó ciencia, tenga pocos ó muchos elementos, está en el deber de dar á conocer sus observaciones, sus trabajos, sean buenos ó malos; para tal labor, en materia de observación científica, no se necesita ser erudito ni ser sabio, basta la claridad en la exposición de los hechos y de las observaciones; si se tuviese esto en cuenta, nuestra literatura médica en general, ganaría mucho, y las columnas de nuestros periódicos profesionales, por regla general, no serían meras traducciones de revistas de periódicos extranjeros: y por lo que á nuestra parte toca, creo preciso que nos *exterioricemos*, y que contribuyamos á sostener nuestras publicaciones con elementos científicos propios, que á todos nos sobra campo y materia para publicar algo sin necesidad de tener el oficio de articulistas.

Hechas estas pequeñas declaraciones, hijas de mi buen deseo, doy principio á mi labor dando á conocer los casos más notables que en este último trimestre han ingresado en mi servicio de cirugía, salas 4.^a y 5.^a del Hospital Militar de Madrid, en los cuales reasumiré su hoja clínica haciendo las observaciones que me sugiera cada caso en particular, ilustrándolas siempre que sea necesario con grabados y fotograbados sacados del natural, que nuestro querido compañero el Médico segundo D. Antonio Mayo, con la habilidad que le caracteriza, á la par que por interés científico, se ha prestado gustoso á reproducirles (señalado favor que le agradecemos), y cuyo concurso completará nuestro propósito de hacer el trabajo que hoy comenzamos á publicar con el título de *Resumen estadístico, observaciones clínicas, y operaciones*, lo más útil posible, con el fin de que pueda tener aplicación á la cirugía en general, y muy particularmente en la práctica de la cirugía castrense (1).

* * *

Durante el último trimestre, han ingresado en nuestras salas de cirugía (4.^a y 5.^a) 165 enfermos, de los cuales han salido curados 107, quedando en tratamiento actualmente 58. Para la mejor comprensión, bajo el punto de vista nosológico, los agruparemos lo más ordenadamente posible, considerando que de este modo facilitaremos el abarcar de un golpe de vista el cuadro clínico de que han sido escena las salas mencionadas. Las enfermedades observadas pueden considerarse en las siguientes agrupaciones patológicas:

Traumatismos.

Contusiones.....	{ en el pie..... 4 en la pierna..... 1 de las paredes abdominales..... 1 en la cara..... 1	} 7		
			{ incisa del extensor del pulgar..... 1 Contusas { simples..... 9 por arma de fuego..... 2	} 12
Luxación del codo.....	1 = 1			
Fracturas.....	{ de la tibia..... 1 de los maleolos..... 1 del tercer metacarpiano..... 1	} 3		
			Traumatismos diversos.....	6 = 6

(1). Con el fin de que los grabados y fotograbados correspondientes á estos artículos aparezcan con todas las condiciones que requieren esta clase de trabajos, haremos tirada aparte de ellos, en papel especial, numerando las láminas en orden correlativo, para que el autor después pueda hacer referencia en las historias y reflexiones clínicas á que correspondan. Con el presente número repartimos la lámina 1.^a

LÁMINA 1.^a



HERIDA POR ARMA DE FUEGO

(Fotografía sacada del natural veinticuatro horas después del accidente)

Enfermedades de la piel.

Ulceras de origen traumático.....	8	} 12
Idem de escrófulas.....	3	
Cicatriz cicloidea.....	1	

Enfermedades del tejido celulo-adiposo.

	en el pie.....	2	} 29
	sub-aponeuróticos del pie....	2	
	profundo de la nalga.....	1	
Flemones.....	Circunscritos... en la mano.....	2	
	axilar.....	1	
	en el periné.....	1	
	en la cara.....	1	
	en regiones varias.....	1	
	Difuso. . . de la pierna y muslo izquierdo	1	
Panadizos de primer grado.....	2 = 2		

Enfermedades de las articulaciones.

Artritis.....	simples.....	8	} 13
	tuberculosas.....	5	
Cifosis.....		1 = 1	
Esguinces.....		3 = 3	

Enfermedades no traumáticas de los huesos.

Osteomielitis crónica.....	1	} 5
Periostitis.....	1	
Caries.....	3	

Enfermedades del aparato circulatorio.

Venas.....	flebitis.....	2	} 6
	tumores hemorroidales.....	3	
	varices.....	1	
Linfáticos.....	Vasos... angio-leucitis del brazo.....	1	} 2
	linfagitis de la pierna.....	1	
	adenitis.....	4	} 13
	Ganglios. idem por degeneración de gan- glios del cuello.....	4	
	idem supuradas.....	4	
	bipertrofia de los de la mitad derecha del cuello.....	1	

Enfermedades de los ojos.

Párpados.....	Blefaritis.....	4	} 22
	conjuntivitis.....	8	
	Globo ocular... queratitis.....	4	
	nefelium.....	1	
	iritis.....	2	
Aparato lagrimal... dacriocistitis...	1		
	tumores lagrimales.....	2	

Enfermedades de los oídos.

Otitis externas.....	agudas.....	4	} 11
	crónicas.....	2	
	periólicas.....	5	

Enfermedades del aparato digestivo.

Hernias..... 1 = 1

Enfermedades del aparato urinario.

Cistitis.....	{ calculosa	1	} 4
	{ blenorragica.....	2	
Fístula uretral de la región peniana.....		1	

Enfermedades del aparato genital.

Herpe genital.....	1	} 5
Hidroceles.....	3	
Orquitis vacilar.....	1	

Enfermedades médicas.

Pleuritis supurada.....	1 = 1																			
Enfermos en observacion.....	4 = 4																			
En síntesis.....	<table border="0"> <tr> <td>Traumatismos.....</td> <td>31</td> <td rowspan="10">} 165</td> </tr> <tr> <td>piel y tejido celular.....</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>articulaciones.....</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>huesos (no traumáticos).....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>aparato circulatorio.....</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>sentidos, vista y oído.....</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>aparato digestivo y génito-urinario.....</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>médicas.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>observaciones.....</td> <td>4</td> </tr> </table>	Traumatismos.....	31	} 165	piel y tejido celular.....	43	articulaciones.....	17	huesos (no traumáticos).....	5	aparato circulatorio.....	21	sentidos, vista y oído.....	33	aparato digestivo y génito-urinario.....	10	médicas.....	1	observaciones.....	4
Traumatismos.....		31	} 165																	
piel y tejido celular.....		43																		
articulaciones.....		17																		
huesos (no traumáticos).....		5																		
aparato circulatorio.....		21																		
sentidos, vista y oído.....		33																		
aparato digestivo y génito-urinario.....		10																		
médicas.....		1																		
observaciones.....		4																		
Enfermedades de.....																				

Operaciones practicadas

Comprendemos en este capítulo solamente las que han necesitado la anestesia, pues creemos no es pertinente consignar, aunque son tales operaciones el raspado de un ganglio, la abertura de un absceso ó el desbridamiento de una fístula, como es costumbre hacer en todos los resúmenes estadísticos, pues por ser del uso común y corriente en la práctica diaria carecen de verdadera importancia para que sean mencionadas. Hé aquí las que se han practicado:

- 1.^a Tlenotomía del flexor del dedo pulgar de la mano derecha. (Por lesión traumática).
- 2.^a Secuestrotomía del frontal. (Por lesión traumática).
- 3.^a Fístula urinaria de la región peniana. (Por absceso perineal procedimiento de Bolimier).
- 4.^a Resección costal por caries genuína y absceso retrocostal.
- 5.^a Resección costal íd. íd.
- 6.^a Toracotomía por pleuritis purulenta de origen tuberculoso.
- 7.^a Extirpación de masas papilomatosas de las márgenes del ano.
- 8.^a Extirpación de todos los ganglios de la mitad derecha del cuello por degeneración tuberculosa.

- 9.^a Desarticulación del dedo medio de la mano derecha. (Por herida de arma de fuego).
- 10.^a Flemón difuso del muslo.
- 11.^a Amputación del brazo derecho, colgajo antero-externo. (Por lesión grave articular).
- 12.^a Fístula del glúteo izquierdo y extirpación de una enorme masa keloidea.
- 13.^a Talla hipogástrica por cálculo fosfático, voluminoso.
- 15.^a Amputación del muslo izquierdo. Colgajo largo anterior Farabut para corregir deformidad.
- 16.^a Restauración plástica del suelo de la boca. (Por herida de arma de fuego).
- 17.^a Rinoplástica para corregir deformidad. (Por herida de arma de fuego).
- 18.^a Fístula de la tráquea. (Restauración por condritis).
- 19.^a Castración por sarcoma voluminoso del testículo derecho (1).

J. PÉREZ ORTIZ

Médico mayor

(Continuará.)

Los primeros auxilios en el campo de batalla y el paquete de cura individual ⁽²⁾

II

Otros factores, á decir verdad—pero éstos ya de orden técnico—han influido, si no sobre el principio, por lo menos sobre los detalles de la transformación del servicio de socorros. De todas suertes, el conocimiento de esos factores es indispensable.

El primero ha sido la *utilización, para la táctica de guerra, de los procedimientos de locomoción y de información rápidos*. El vapor y el telégrafo en particular, permitiendo el movimiento, la información, el abastecimiento y la evacuación con la mayor rapidez, han dado á las operaciones una marcha y una seguridad hasta entonces desconocidas.

Así, por ej., en lo que concierne á las evacuaciones, han sido sentadas en principio para desobstruir rápidamente de sus impe-

(1) La extirpación de este voluminoso neoplama fué practicada por el Médico Mayor D. Antonio Hermida, Jefe de la clínica 1.^a y 2.^a de cirugía durante mi comisión en Aranjuez; Colegio de huérfanos de Infantería dada la urgencia de la intervención cuyos detalles expondremos en la historia clínica de este enfermo.

(2) Véase el número 200.

dimentas la zona de las operaciones y distribuir los heridos en los hospitales interiores. Pero como las evacuaciones sistemáticas, en masa, resultan á menudo desastrosas (como se echó de ver, por ej., en Crimea), se ha establecido una distinción de los heridos en dos categorías: los *transportables* y los *no transportables*. Estos últimos son los grandes heridos, los fracturados, los amputados, etc., aquellos, en una palabra, para quienes el menor movimiento es una causa de dolor, de hemorragia ó de muerte. Estos, por consiguiente, permanecen en el mismo campo de batalla, y el *hospital ambulante* va á ellos, se instala en el mismo punto donde se encuentran los heridos, y no se retira, bajo la protección de la Cruz Roja, sino cuando todos sus supervivientes se hallan en condiciones de ser, á su vez, transportables ó, si se quiere, *evacuables*.

Por lo que respecta á los otros, á los heridos ordinarios, *cinco veces más numerosos* que los grandes heridos, hay mucha ventaja en alejarles rápidamente del campo de batalla y en trasladarles tanto más distantes hacia el interior cuanto más leves han sido las heridas que hayan recibido. Así, tan luego como han sido heridos, pasan por esa serie de formaciones sanitarias, puestos de socorros, ambulancias, hospitales de campaña, hospitales de evacuación, trenes sanitarios, hospitales auxiliares, hospitales regionales, etc., que Pirogoff (1) ha comparado ingeniosamente con una serie de filtros, pero que podrían ser aún mejor comparados con esas cribas para perdigones destinadas á separar los diversos números, y que detienen desde luego los perdigones más gruesos, mientras que los más pequeños, los de menos calibre, pasan fácilmente á través del harnero.

Un segundo factor, no menos poderoso, ha sido la *creación de los ejércitos permanentes y nacionales*, que, al poner frente á frente formidables contingentes, ha abreviado la duración de la guerra, si bien ha aumentado considerablemente la cifra de las pérdidas, la inutilización de una parte de los combatientes en un tiempo dado. Ha sido, pues, preciso, por esta razón, aumentar, multiplicar el número de los médicos, y crear un servicio de auxilios cuya importancia numérica y material es considerable.

Finalmente, el tercero y acaso el más importante de los factores que han influido sobre las transformaciones del servicio de socorros, es el *perfeccionamiento de las armas de combate*.

Con las armas de tiro rápido y de largo alcance, la vulnerabilidad del soldado ha aumentado, no sólo en razón á la masa más

(1) N. PIROGOFF. Die militärärztliche Thätigkeit auf dem Kriegstheater in den Jahren 1877 und 1878. Leipzig, in-8°, 1882. (Trad. alem. de Roth.)

considerable de plomo que barre el terreno en un tiempo dado, y en razón á la mayor tensión de la trayectoria ó al aumento de tensión de la zona peligrosa de los proyectiles, sino también en razón á la eficacia mayor del tiro, como resultado de la precisión de las armas y de la extensión dada por los grandes efectivos de guerra á la zona vulnerable. De ello ha resultado que en un cortísimo espacio de tiempo—como se produjo, por ej., en el segundo asalto de Plewna—una tercera parte del efectivo de un ejército puede resultar completamente diezmada. De ahí, como se concibe, la necesidad de asegurar el servicio de auxilios por medios que sean á la vez muy poderosos y muy rápidos.

Pero hay más todavía. Una escuela de cirujanos y de oficiales que se intitulan *filántropos* se ha propuesto la misión de encontrar y preconizar lo que ella ha bautizado con el nombre de *projectil humanitario* (1), es decir, un proyectil que venga á producir el máximo de efecto con el mínimo de destrozo, que hiera y no mate, que sea suficiente para poner fuera de combate al mayor número posible de adversarios, pero sin arrebatarles por esto la existencia. En Alemania y en Suiza es donde se han llevado á cabo semejantes tentativas.

En realidad peligraban mucho de quedar letra muerta para la humanidad, si una consideración de otro orden no hubiese venido á apoyarlas: la de que un herido es para el enemigo un estorbo, un obstáculo si se quiere, mucho más grave que un soldado muerto. El herido, en efecto, al retirarse del combate, siembra á su alrededor el deslIENTO; la vista de su sangre, su palidez, sus ayes pidiendo auxilio, sus quejidos de dolor, conmueven y quebrantan el valor más bien sentado; por último, no sólo inmoviliza para su levantamiento y su cura á varios individuos, sino también suministra á menudo á los camaradas, cuyo corazón desfallece, una ocasión propicia para dejar el combate so pretexto de socorro. En cambio, nadie se ocupa del combatiente que ha perdido la vida hasta el momento en que va á ser arrojado á la fosa común. ¡Todo esto ha sido estudiado, pesado, discutido en nombre de la humanidad!

Imposible sería entrar aquí en todos los detalles de lo que se ha llamado «la mecánica de las heridas por armas de fuego» (2), y menos aún analizar los numerosos trabajos de Melsens, Busch, Kocher, Bornhaupt, Delorme, Reger, Habart, etc., acerca del

(1) TH. ROCHER. Ueber Schusswunden. 1880.—Del perfeccionamiento de los proyectiles desde el punto de vista humanitario. (*Congreso internacional de Roma*, 1894.)

(2) VON WAHL. Mechanik der Schussverletzungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1874, XVI, página 531.)

modo como actúan los pequeños proyectiles modernos; baste saber que se ha creído alcanzar el fin propuesto merced á dos procedimientos.

1.º Reduciendo todo lo más posible el diámetro transversal de los proyectiles, es decir, adoptando fusiles del menor calibre posible. Es evidente, en efecto, que, así como los perjuicios de una borrasca son proporcionales á la extensión de la nube que pasa sobre la zona de los sembrados, de igual modo los destrozos producidos por un proyectil que atraviesa el cuerpo guardan proporción con la superficie de acción vulnerante, con la sección transversal de ese proyectil;

2.º Aumentando en lo posible la duradera, la cohesión, la *indeformabilidad* del proyectil, á fin de que, bajo la resistencia que encuentra al penetrar, no se deforme, no se aplaste, no aumente de sección transversal. De ahí, por consiguiente, el abandono de los proyectiles huecos, vaciados, etc.; de ahí la sustitución del *plomo blando* por el *plomo duro*; de ahí, en fin, la adopción de los proyectiles llamados «con camisa», es decir, de los proyectiles revestidos de una envoltura sólida de acero, cobre, aluminio ó níquel.

Por lo demás, si la cuestión del fusil parece hallarse actualmente solventada merced á la adopción de los calibres de 6 milímetros 5 á 8 milímetros, no ocurre ya lo mismo con la cuestión del proyectil, pues es preciso que este último responda á una triple condición: que sea pesado, poco costoso y poco deformable. Pues bien: si el platino realiza la primera y la última de estas condiciones, en cambio deja en el aire la segunda, y lo mismo sucede con el *tungsteno*, que se había también preconizado; si el aluminio responde á las dos últimas indicaciones, en cambio la primera queda sin realizarse. El metal que viene en primera línea, después de las aleaciones de plomo, es el cobre; pero en la actualidad el asunto ha quedado provisionalmente circunscripto á la cuestión de las envolturas ó «camisas».

Por desgracia el problema es más complejo de lo que á primera vista pudiera creerse. Sabido es que un proyectil es una fuerza, que una fuerza es el producto de una masa por su velocidad, y que una masa es, á su vez, el producto de la densidad de un cuerpo por su volumen. Era, por consiguiente, muy difícil tocar á uno de esos factores sin alterar ó modificar los otros.

En efecto, si se reducía el calibre, es decir, uno de los factores de la masa, era necesario aumentar la longitud del proyectil para hacerle recobrar en eje lo que perdía en diámetro; de ahí la adopción de los proyectiles oblongos, cilíndricos ó cilindro-có-

nicos. De otra parte, era preciso impedir que el proyectil cambiara de posición y se presentara de través, en cuyo caso hubiera producido heridas de gran sección transversal; para ello se le imprimió un movimiento de rotación áxil forzándole por medio del rayado de los fusiles. Por último, como era imposible aumentar indefinidamente la longitud del proyectil con relación á su diámetro, se compensó la disminución de fuerza y de alcance que resultaba de la reducción de su masa con un aumento de su velocidad; de ahí la adopción de las pólvoras que imprimen grandes velocidades y de las armas que conservan esa velocidad.

En este punto, sin embargo, estaba el escollo: en efecto, cuanto mayor es la velocidad de un proyectil, más destrozos hace al atravesar los tejidos, porque abandona en esos tejidos—bajo forma de acción destructiva—una parte mayor de su velocidad; en otros términos, transforma en «acción lateral», es decir, en sacudimientos, fisuras, desgarros, estallidos, etc., una mayor parte de su movimiento de traslación. En definitiva, resulta de todas estas consideraciones que, á fuerza de buscar un proyectil humanitario, lo que se ha encontrado es un proyectil sumamente mortífero.

Con todo, así enunciada, esta fórmula es demasiado absoluta y, por consiguiente, inexacta. En realidad, *el aumento de gravedad de las heridas por pequeños proyectiles modernos, el aumento de su acción destructora, no tiene probabilidades de producirse sino en los límites en que la misma velocidad de esos proyectiles resulta á su vez acrecida*. Pues bien: estos límites corresponden al primer cuarto próximamente del alcance de los proyectiles actuales, 200 á 300 metros para el fusil Gras, 600 á 700 metros para el fusil Lebel. Pueden ser aún mejor precisados, diciendo que *la acción vulnerante de los proyectiles no se agrava sino cuando la velocidad de esos proyectiles se eleva más allá de 300 metros por segundo en el punto de impacto*.

La consecuencia de todo esto—y he aquí el punto esencial de este estudio—es que la adopción del nuevo armamento ha creado, desde el punto de vista de la acción vulnerante de los proyectiles, dos zonas: la una, aproximada, en la cual las heridas son mucho más graves que antes; la otra, distante, en la cual son más leves.

Resulta de ello que se encontrarán en los campos de batalla dos tipos de heridas muy diferentes, las unas muy mortíferas, las otras relativamente benignas. Toda la organización actual del servicio de Sanidad en campaña de los diversos ejércitos europeos se basa en esta distinción; pues, si como ha sido dicho, las heridas graves hacen á los heridos intransportables, las heridas leves ó de media gravedad exigen la evacuación inmediata. De ahí la necesidad de la selección rápida de los heridos, y, para

los unos, de la evacuación rápida, para los otros de la improvisación no menos rápida de los auxilios sobre el mismo terreno.

Era indispensable dar estas explicaciones previas para que pueda comprenderse el papel que está llamado á desempeñar, en la técnica de los primeros auxilios, el *paquete de cura*. Sin embargo, son aún necesarios algunos datos estadísticos.

Todos sabemos cuán mortíferos eran los combates de la antigüedad, en que la lucha cuerpo á cuerpo era obligatoria. De ello resultaba á veces, como en las guerras de los Bárbaros, la destrucción completa del ejército derrotado; y el total de las pérdidas de los beligerantes era raras veces inferior á 50 por 100 de los ejércitos combatientes.

Con la invención de las armas de tiro, y, sobre todo, con la de la pólvora, ese tanto por 100 ha disminuído sensiblemente, tanto que, en la primera mitad de este siglo, la proporción de las pérdidas en el fuego descende á 25 ó 30 por 100 y en la segunda mitad á 15 ó 18 por 100.

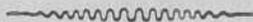
No quiere decir esto que semejante proporción no haya sido muchas veces sobrepujada; pero en tal caso lo ha sido sólo en condiciones especiales, ó cuando la lucha ha alcanzado un grado particular de violencia y de tenacidad, como ha solido ocurrir en las guerras civiles ó religiosas. Así, por ejemplo, en la guerra Separatista en Chickamanga y en Gettysburgo, los sudistas tuvieron 34 y 40 por 100 de pérdidas; en Sedán, los franceses llegaron á perder 30 por 100 de sus soldados; en el segundo asalto de Plewna, los rusos—cuyos heridos, médicos y enfermeros fueron cruelmente asesinados por los turcos—tuvieron 33 por 100 de muertos. Pero estas cifras pueden considerarse como excepcionales.

Puede afirmarse que hoy día, como promedio, sobre 100 probabilidades, un soldado tiene 18 de ser alcanzado en el fuego, y, sobre esas 18, 3 de ser muerto, 3 de ser herido gravemente y 12 de ser herido poco ó mucho; en otros términos, sobre 100 hombres, hay que contar 3 muertos, 3 grandes heridos y 12 heridos ordinarios.

De suerte que la organización actual del servicio de Sanidad en campaña á lo que debe atender es al levantamiento, á la cura y á la evacuación rápidas, así como á la hospitalización sobre el terreno de esos mismos heridos.

M. G. F.

(Continuará).



PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Resección osteoplástica de Wladimirow-Mikulicz.

—Fué en 1881 cuando Mikulicz presentó su primera comunicación acerca de esta nueva operación, la cual, á partir de aquella época, ha sido practicada más de un centenar de veces, aun no refiriéndonos más que á los hechos que han sido publicados. Según el cirujano de Breslau, este método de resección está indicado: 1.º en las caries del tarso que interesan el calcáneo, el astrágalo, así como la articulación tibio-tarsiana; 2.º en los casos de gran pérdida de substancia de la región del talón; 3.º en las heridas producidas por armas de fuego, que interesen el talón y sus partes contiguas. En 1890, Rydygier formuló tres nuevas indicaciones, á saber: los tumores malignos de la región del talón, las fracturas maleolares viciosamente consolidadas y, por último, los casos de acortamiento considerable de uno de los miembros inferiores. En efecto, los experimentos de Rydygier en el cadáver han demostrado que se podía obtener, por medio de esta intervención, un alargamiento del miembro por lo menos de 5 centímetros. En las operaciones hechas por Mikulicz y Samter, el alargamiento obtenido en vida del sujeto, ha llegado á ser de 7 y hasta 11 centímetros. Bruns, por su parte, practicó la operación en un caso de pie equino paralítico, con el fin de transformar este último en un pie equino sólido y utilizable para la marcha.

En Mayo de 1893, Mikulicz hizo la resección ósteoplástica en un enfermo que presentaba, además de una anquilosis de la articulación tibio-tarsiana, una extensa ulceración del tercio inferior de la pierna. Tratábase de un joven de diecinueve años que, algunos meses antes de la operación, se había producido una fractura complicada, de la pierna izquierda, con contusión extensa de las partes blandas. La fractura se había consolidado, pero la herida que existía en las partes blandas había resistido á todos los tratamientos. En la faz postero-interna de la pierna, inmediatamente encima de los maleolos, había una úlcera grande como la palma de la mano, de bordes gruesos, cicatriciales, de fondo gris verdoso y segregando un pus infecto. La articulación tibiotarsiana se hallaba completamente anquilosada, y el pie presentaba un grado muy pronunciado de equinismo.

La operación fué practicada del modo siguiente: hízose primero el legrado de la úlcera y la escisión de sus gruesos bordes; luego, á lo largo del borde inferior de la úlcera así avivada se practicó una incisión hasta el hueso, incisión que fué continuada del lado externo hasta el maléolo correspondiente. Fueron separadas luego del calcáneo las partes blandas del talón y de la planta del pie, se abrió la articulación tibio tarsiana y fué extirpado el tarso posterior de un golpe de sierra pasando á través del escafoide y del cuboide; otro golpe de sierra transformó en una superficie de sección plana la entalladura peróneo-tibial. El colgajo cutáneo fué utilizado para recubrir la vasta llaga que había producido el avivamiento de la ulceración. Para adaptar convenientemente ese colgajo, fué necesario practicar algunos cortes en sus bor-

des así como una incisión transversal en el vértice de su convexidad. Finalmente, las superficies de sección de los huesos fueron puestas en contacto recíproco por medio de unas suturas metálicas profundas, y el colgajo fué á su vez suturado en los bordes de la herida de la pierna. El operado salió curado al cabo de dos meses, provisto de un aparato con el cual podía andar fácilmente. Un año más tarde fué visto de nuevo andando ya sin bastón. En la actualidad, la consolidación es completa, y no existe acortamiento del miembro, si bien la musculatura presenta un grado considerable de atrofia, razón por la cual el operado no puede hacer una marcha un poco larga sin experimentar en la pierna una sensación de fatiga.

(Arch. f. klin. Chir.)

* *

Maüser español. — De un estudio balístico publicado por D. Joaquín de la Llave sobre el Maüser español de siete milímetros, modelo de 1893, tomamos los siguientes datos, cuyo conocimiento puede ser de gran utilidad é ilustración en sus relaciones con la Cirugía militar.

Distancias. — Metros.	Duración de las trayectorias. — Segundos.	Velocidad horizontal. — Metros por segundo.	Velocidad remanente tangencial. — Metros por segundo.	Energía total del proyectil en el punto de caída. — Kilogrametros.
0			710,0	287,9
50	0,07	687,7	669,0	255,6
100	0,15	673,3	630,2	226,8
200	0,31	628,7	557,4	177,4
400	0,73	543,2	435,4	108,2
600	1,24	471,0	349,7	69,8
800	1,55	406,3	300,7	51,6
1.000	2,26	357,6	267,0	40,7
1.200	3,05	323,1	238,8	32,6
1.400	3,94	296,4	214,9	26,4
1.600	4,95	276,2	194,5	21,6
1.800	6,02	257,6	177,8	18,1
2.000	7,80	239,5	163,5	15,3
2.500	10,81	200,2	136,5	10,6
3.000	15,59	167,1	122,1	8,5
3.740	24,61	131,4	131,2	9,8

(Revista Científico Militar.)

* *

Del tratamiento de la hipertrofia de la próstata por medio del seccionamiento y de la ligadura del canal deferente. — Sábese que son ya numerosos los casos en los cuales una hipertrofia prostática, que haya producido trastornos más ó menos graves, ha sido tratada con buen éxito por medio de la ablación de los testículos. La castración propuesta por los doctores Rocum y Ramm para el tratamien-

to de la hipertrofia de la próstata, parece, por consiguiente, haber hecho sus pruebas en esta afección. Sin embargo, la castración dista aún de constituir un medio definitivo, en atención á que con frecuencia no puede ser practicada, ora porque el enfermo se niegue á someterse á ella, ora por otras razones.

De ahí que sea importante saber que, como de ello ha podido darse cuenta el doctor L. Isnardi, cirujano del hospital Cattolengo, en Turín, la castración es susceptible de ser reemplazada con ventaja, en los prostáticos, por una operación muy sencilla, que todo médico puede ejecutar fácilmente: la cual consiste en el seccionamiento del canal deferente seguido de la ligadura de la extremidad central y de la extremidad periférica.

Nuestro colega ha tenido hasta ahora ocasión de practicar esta operación en dos enfermos. El primero de estos casos no permite ninguna deducción, dado que, como ha evidenciado la autopsia, se trataba de un cáncer de la próstata, de cuyas resultas el enfermo sucumbió en el marasmo, dos meses después de la operación.

En cambio, la segunda observación es muy concluyente. Refiérese á un anciano de setenta y dos años, atacado desde hacía un año de trastornos graves relacionados con la hipertrofia prostática, los cuales habían resistido á todos los tratamientos anteriores. Fué operado en 1.º de Mayo del año corriente, y en 14 Junio el Dr. Isnardi pudo ya presentarle ante la Academia de Medicina de Turín como completamente curado: en efecto, la retención y la incontinencia de orina habían desaparecido por completo. Por la noche, el enfermo permanece sin orinar durante seis á siete horas. Las orinas son transparentes y normales bajo todos los aspectos, mientras antes contenían pus y á veces sangre. La próstata es ya imperceptible al examen rectal; el canal deferente presenta unas nudosidades al nivel de la pequeña cicatriz operatoria; el epidídimo disminuido de volumen es de consistencia cartilaginosa; finalmente, el testículo ofrece la mitad de su volumen normal. Estas alteraciones anatómicas, como se ve, son análogas á las que sobrevienen en la epididimitis blenorragica crónica á seguida de la obliteración inflamatoria del canal deferente.

Tenemos, por consiguiente, que, en el caso de referencia, el seccionamiento y la ligadura de dicho canal han producido rápidamente la atrofia de la próstata hipertrofiada, y la desaparición de todos los trastornos graves que el enfermo padecía antes de la operación.

(La Sem. Méd.)

*
**

Del tratamiento de las septicemias médicas.—Aparte de las septicemias de origen quirúrgico, existen igualmente, como es sabido, ciertas afecciones sépticas á las cuales se puede aplicar el epíteto de *médicas*, y en las que la infección se produce ora con ocasión de un pequeño desgarró de la piel ó de una erosión de la mucosa, ora por una vía desconocida (*septicemias criptogénicas*).

Las afecciones de que se trata han sido muy estudiadas en estos últimos tiempos; pero su terapéutica no se halla aún bien determinada.

He aquí cuáles son, según el Dr. A. Denig, Profesor de la Facultad de

Medicina de Tubinga, las líneas generales del tratamiento de esas septicemias médicas, de las cuales ha podido observar nuestro colega gran número de casos:

El reposo constituye el punto esencial de ese tratamiento. El enfermo evitará el menor esfuerzo físico, aun tratándose de las formas leves de la afección, y para esto deberá guardar cama durante mucho tiempo; no le será permitido levantarse sino cuando se haya mantenido en un estado de apirexia absoluta durante unos quince días por lo menos. Hay, sin embargo, casos en que la fiebre es de corta duración y en que la temperatura recobra su normalidad á pesar de la continuación de la enfermedad. En tales condiciones, el facultativo se guiará por un examen minucioso y reiterado de los huesos, de las articulaciones, de las serosas y del corazón. Mientras los huesos y las articulaciones acusen el menor dolor á la presión, mientras las serosas sean sensibles á la más ligera frotación ejercida en puntos localizados, finalmente, y sobre todo, cuando existe el menor trastorno funcional del lado del corazón, el reposo absoluto en cama se impone rigurosamente: las infracciones á esta regla pueden costar la vida al paciente. Así, por ejemplo, una enferma de von Jürgensen, atacada de una infección estafilocócica—como demostró ulteriormente la autopsia—y estando ya en plena convalecencia, sucumbió bruscamente en el colapso por haber abandonado el lecho demasiado pronto, á pesar de la prohibición formal del médico.

Después del reposo, el punto más importante consiste en una alimentación abundante, rica en sustancias albuminóideas fácilmente asimilables, así como en el uso del alcohol, que se hará tomar con preferencia bajo la forma de un vino tinto ligero de buena calidad, y del cual el enfermo podrá consumir de medio litro á un litro todos los días.

Las medidas terapéuticas propiamente dichas variarán según los síntomas que haya que combatir. Contra las afecciones inflamatorias del corazón y del pericardio se recurrirá á la aplicación de una vejiga de hielo sobre la región precordial. En los casos de debilidad cardiaca se administrarán los licores alcohólicos fuertes, el café, el alcanfor y el éter. Para calmar los dolores óseos y articulares se acudirá preferentemente á la fanacetina dada á la dosis de 0 gr. 50 centígr., repetida varias veces al día. Este medicamento no obra sino como analgésico; no ejerce ninguna acción apreciable sobre la fiebre ni sobre la evolución de la enfermedad. A veces hay necesidad de asegurar, por medio de aparatos adecuados, la inmovilización de las articulaciones dolorosas. Finalmente, si los dolores son muy vivos, no hay que vacilar en practicar una inyección de morfina.

Cuando existe—cosa que ocurre con frecuencia—un catarro pulmonar intenso, se hace necesario administrar baños tibios con abluciones frías, á fin de evitar el colapso y estimular la expansión pulmonar.

Se procurará que el enfermo tenga evacuaciones alvinas abundantes. En cambio, si existe diarrea, ésta no será reprimida á no ser en caso de necesidad absoluta.

La aparición de una hemorragia intestinal ó de la peritonitis exige la administración del opio.

En los casos de nefritis, Denig ha conseguido buenos resultados con el

uso de la diuretica, que, en esos enfermos, ha provocado rápidamente una diuresis copiosa, después de lo cual la afección renal ha evolucionado de una manera benigna.

Contra la fiebre, cuando es moderada, no hay necesidad alguna de recurrir á la balneación fría ó á los medicamentos antitérmicos, pues estos medios no producen comúnmente más que un descenso insignificante y pasajero de la temperatura. Sin embargo, si sobreviene una hipertermia excesiva, será necesario combatirla.

Es obvio decir que las úlceras que han podido servir de puerta de entrada á la infección serán cuidadosamente desinfectadas, y que, en presencia de abscesos, secuestros ó derrames pleuríticos purulentos, se procederá oportunamente á las intervenciones operatorias necesarias.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Bromuro de etilo como anestésico en la práctica otolaringológica.—Desde hace dos años, el Dr. A. de Roaldes, de New Orleans, ha abandonado casi por completo el empleo del cloroformo en las operaciones breves y dolorosas de los niños. Ha recurrido al bromuro de etilo en más de 150 casos, generalmente para amigdalotomías y adenotomías, y refiere 12 casos de estos en la Memoria que ha publicado.

Con el bromuro de etilo, casi se suprime el período de excitación; después de algunas inhalaciones, se produce una corta resolución muscular seguida bien pronto de contractura. No hay tendencia á la producción de alteraciones cardiacas ó de anemia cerebral; por el contrario, la cara se congestiona algo. Los vómitos son relativamente raros.

Las ventajas de este anestésico son las siguientes: 1.º La rapidez de acción: bastan de treinta segundos á tres minutos. 2.º El corto período de excitación. 3.º La producción, algunas veces, de una analgesia completa con integridad relativa de las facultades mentales. 4.º La rapidez con la cual el paciente se repone de la narcosis. 5.º Las propiedades no irritantes de sus vapores, de donde resulta una perfecta seguridad respecto al síncope ó reflejo laríngeo. 6.º La falta relativa de efectos secundarios desagradables, tales como náuseas, vértigos, estupor, etc. 7.º El estado, generalmente normal, del pulso y de la respiración. 8.º La facilidad de transportarlo en comparación con el óxido nítrico que sería su rival para las operaciones de corta duración. Estas ventajas suponen la administración conveniente del anestésico y la pureza del medicamento.

Tiene también sus desventajas: 1.º Su acción sobre el sistema glandular cuya hipersecreción provoca. 2.º No conviene para operaciones de larga duración. 3.º Su inestabilidad relativa. 4.º Su tendencia á producir la contractura muscular.

(*Rev. de Lar. d'Ot. et de Rhin.*)

*
**

Experiencias de seroterapia en la difteria.—La mortalidad ocasionada por la difteria en el Hospital del emperador Francisco José

de Praga, ha variado, según el Profesor Sanghofner, en el curso de los siete últimos años, de 60,6 por 100 en 1887 á 43,6 por 100 en 1893. Los operados de crup (por traqueotomía hasta 1889, y desde esta época por intubación en la mayor parte de los casos) han suministrado una mortalidad que variaba de 78,2 por 100 en 1887 á 59,8 por 100 en 1893.

En los cinco primeros meses de 1894, se aplicó el tratamiento habitual; se continuó en Agosto, Septiembre y algún tiempo á fin de Octubre y principio de Noviembre. Hubo 144 casos tratados sin suero antidiftérico en el curso del año con 62 fallecidos, ó sea una mortalidad de 43 por 100. De este número, 67 casos de crup fueron tratados por la intubación de la laringe, con 41 fallecidos, ó sea 61 por 100 de mortalidad.

Los casos tratados sin el empleo del suero, de Junio á Noviembre, se elevaron al número de 62, ocasionando 33 fallecidos, es decir, una mortalidad de 53,2 por 100. De 29 intubaciones practicadas en estos casos, fallecieron 20, ó sea el 68,9 por 100 de mortalidad.

Estos últimos resultados demuestran que, el período durante el cual se emprendieron las experiencias de seroterapia, no estaba favorecido por un carácter más benigno de la difteria.

Desde Junio hasta el 12 de Diciembre de 1894, fueron tratados por el suero de Behring 76 niños atacados de difteria y 34 por el de Aronson. En estos 110 casos, se produjeron 14 fallecimientos, es decir, el 12,7 por 100 de mortalidad. La intubación se practicó en 44 casos de crup, que fueron seguidos de 6 defunciones, esto es, el 13,6 por 100 de mortalidad.

De los 44 casos de crup tratados por la intubación, 17 correspondían á niños menores de dos años y suministraron 4 fallecidos, el 23,3 por 100. En el transcurso de este mismo año, de 22 niños de esta misma edad, no tratados por el suero, murieron 14, el 59 por 100. Durante el año 1893, en 43 niños de dicha edad, hubo 31 fallecidos, el 72 por 100 de mortalidad.

Tal cifra de mortalidad (23,3 por 100) jamás se ha conseguido en los dos primeros años de la vida ni por la traqueotomía ni por la intubación de la laringe.

(*Medic. Wocheuschr.*)

*
*
*

Impuridades de la glicerina.—Las contenidas en la glicerina comercial proceden principalmente de las primeras materias que han servido para su preparación: tales son, sulfatos, thiosulfatos, sulfitos y sulfhidratos; cloruros de hierro, plomo, zinc, calcio y magnesio; arsénico y metales, ácido oxálico, materias resinosas y ácidos grasos.

Los compuestos de azufre se encuentran en la glicerina cuando en su obtención se ha empleado el ácido sulfúrico; el calcio está bajo la forma de oleato.

El ácido oxálico, que la impurifica con mucha frecuencia, se investiga por medio del cloruro de calcio. El fórmico y butírico, calentando gradualmente por bajo del punto de ebullición 5^{cc} de la glicerina con 3^{cc} de ácido sulfúrico concentrado: no se producirá olor irritante.

Como la acroleína es un aldehído también irritante que constituye una de

las peores impuridades, el profesor Coblenz (de Nueva York) aconseja que se investigue su presencia empleando como reactivo la fuchsina descolorada por el anhídrido sulfuroso (bisulfito de rosanilina): si hay acroleína, la mezcla adquiere un color púrpura.

Crean algunos químicos que el arsénico está contenido en la glicerina bajo la forma de *éter arsenioso*, y como éste destila á igual temperatura que la glicerina misma, resultando difícil su separación, aconsejan especial cuidado para preparar la glicerina con primeras materias que no contengan arsénico. De trece muestras examinadas por Tegardéa, siete contenían cantidades muy apreciables de arsénico, dos únicamente indicios, y solo cuatro estaban completamente exentas. El método de investigación empleado por este autor es el de Gutzeit: el hidrógeno producido por la acción del ácido sulfúrico sobre el zinc en presencia de la glicerina, va eliminándose lentamente, haciéndole pasar á través de un triple mullo de papel filtro, empapado de una solución saturada de nitrato de plata.

La glicerina destinada á las aplicaciones farmacéuticas debe ser destilada una ó dos veces.

(*Americ pharm, Association.*)

*
* *

Los microbios secundarios de la vacuna.—He aquí la comunicación dirigida por Mr. de Dantec, sobre este particular, al segundo Congreso francés de medicina interna:

«Al par del organismo específico aún desconocido de la vacuna, existen diversas variedades micróbicas á las que se ha dado el nombre de microbios secundarios. Estos microbios secundarios de la vacuna son muy numerosos; pero hay una clase que se encuentra constantemente en la linfa vacunal, ya se tome ésta en el hombre, en la ternera ó en el caballo: es la clase de los estafilococos. Estos estafilococos no son necesarios á la evolución de la pústula vacunal, como lo indican los experimentos de Straus, basados en la inoculación de una pulpa glicerinada que databa ya de tres meses y desprovista de microbios secundarios. Y, sin embargo, esa pulpa, con ser tan antigua, da nacimiento á una pústula en la cual nosotros encontramos gran número de microbios secundarios. Estos microbios, por consiguiente, provienen del terreno, y nosotros hemos tenido la curiosidad de ver si existía alguna diferencia entre los estafilococos del hombre y del animal. El mejor terreno para distinguirlos es el suero solidificado: los estafilococos de la ternera licúan ese suero; los estafilococos del hombre, no.

Cuando se inocular linfa de ternera á un niño, ya desde el primer paso la mitad de las colonias de estafilococos pertenece á la variedad humana, y, después de algunos pasos, no queda ya ningún rastro de los estafilococos de ternera. Este hecho puede servir para explicar por qué la vacunación de brazo á brazo da lugar á la formación de cicatrices mucho mayores que la vacunación animal, dado que los estafilococos del hombre encuentran en el terreno humano un medio de cultivo más favorable que los estafilococos de la ternera.

En dos casos de *horse-pox* observados por el profesor Layet hemos

estudiado los estafilococos secundarios. Allí los estafilococos tenían gran semejanza con los del hombre; acaso existe en esas circunstancias alguna razón—aparte de la mayor virulencia del *horse-pox*—para explicar la reacción más violenta de la linfa caballar en el niño.

Muchos autores han descrito estas diversas variedades de estafilococos como los microbios específicos de la vacuna; pero no hay nada de esto, pues los cultivos puros de esos diversos microbios no solamente no dan lugar á la formación de la pústula característica, sino que ni siquiera la misma ternera se halla inmunizada contra una vacunación ulterior.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Efectos de las cebollas sobre la diuresis y perspiración en los individuos sanos.—Stawski ha estudiado esta materia en la clínica de Pasternacki experimentando en ocho individuos sanos de 22 á 38 años de edad. Cada experimento duró seis días, habiendo preparado convenientemente al individuo los tres días anteriores. La cantidad que administró fué de 60 á 100 gramos. Las cebollas crudas en cantidad de 100 gramos, tomadas con dieta mixta, no señalaron ninguna propiedad diurética y no afectaron la perspiración. En cinco de los ocho casos aumentó el peso del cuerpo durante la experimentación y después de la misma. La cantidad de excrementos fué mayor, continuando en seis de los ocho casos. Las cebollas crudas aumentan el apetito, producen vigor, causando después inclinación temporal á la somnolencia; también causaron sed, eructos, aumento de los movimientos peristálticos, ablandando los excrementos y favoreciendo su expulsión.

(*Un. Méd. Journ.*)

*
**

De la acción hemostática del dermatol.—La experiencia ha demostrado al doctor Hecht (de Beuthen) que el dermatol (subgalato de bismuto) está dotado de propiedades hemostáticas más poderosas que el percloruro de hierro, propiedades que hacen de él un medio precioso para combatir las hemorragias resultantes de ciertas heridas superficiales accidentales ú operatorias. Así, por ejemplo, nuestro colega ha conseguido atajar rápidamente, por medio de la aplicación del dermatol y por la compresión, una hemorragia procedente de una pequeña herida accidental de la lengua (de 2 centímetros de anchura y de 1 milímetro 1/2 próximamente de profundidad), así como unos flujos sanguíneos abundantes consecutivos á la ablación de uñas encajadas ó á la abulsión de dientes, flujos que habían resistido al percloruro de hierro asociado igualmente á la compresión. Se ha servido también con buen éxito del dermatol para contener hemorragias consecutivas á la estirpación de pólipos de la conjuntiva.

Si se quiere obtener la hemostasis de una herida linear ó de una superficie que sangra en capa, Hecht aconseja, para impedir que el dermatol sea arrastrado por la corriente sanguínea, que se extienda primeramente sobre una

capa de uata impregnada de colodión, luego que se aplique esta uata en el punto de donde mana la hemorragia. Cuando se trata de taponar con el dermatol el alvéolo de un diente que acaba de ser extraído, bueno es mezclar el medicamento—á fin de asegurar su firmeza—con una cierta cantidad de goma arábica pulverizada.

Hecht estima que la acción hemostática tan eficaz del dermatol es debida al ácido gálico que este medicamento deja exhalar puesto en contacto con los líquidos alcalinos del organismo.

(*La Sem. Méd.*)

* * *

Contribución á la cirugía de las vías biliares.— Bajo este título, Mermann acaba de publicar un interesante trabajo en el cual nos da los resultados de 43 operaciones practicadas en las vías biliares en la clínica de Heidelberg. Después de haber resumido las observaciones de los 25 últimos operados (las otras 18 habían sido ya publicadas), el autor utiliza esas dos series de hechos para exponer una vez más después de tantas otras, la sintomatología y el tratamiento quirúrgico de la coleditiásis. Dado el gran número de trabajos publicados sobre esta cuestión en estos últimos años, nos limitaremos á referir en este corto análisis los hechos y las conclusiones que ofrecen un interés práctico y positivo.

Sobre los 43 casos operados, sólo tres veces no se encontró ningún cálculo. En uno de esos casos tratábase de una colecistitis tuberculosa. En otro, se encontró en el curso de la operación un cancer de la cabeza del páncreas; el primer síntoma observado había sido una ictericia sobrevenida súbitamente y sin cólicos seis meses antes; el autor concede una gran importancia diagnóstica á este modo de iniciarse. Finalmente, en el tercer caso, las lesiones eran las de una colecistitis crónica. Tratábase de una mujer de unos treinta y cinco años, quien, desde los veintinueve, tenia cada uno varios accesos típicos de cólico biliar con ictericia. Se hizo la colecistostomía en un tiempo. Al día siguiente de la operación sobrevino un violento acceso de cólicos. Al cabo de catorce días se encontró un ascáride que obliteraba la fistula. En los otros 40 operados se notó la presencia de cálculos ora en la vesícula, ora en los conductos; pues bien, ocho de aquellos enfermos no habían tenido nunca cólicos; así que las más de las veces los únicos síntomas observados habían sido trastornos gástricos. En cuanto á la ictericia, no se produjo más que en la mitad de los casos. Finalmente, dos enfermos que no habían tenido nunca ni ictericia ni cólicos, en uno de ellos fueron hallados cálculos en la vesícula y en el canal cístico; en el otro, una peritonitis por perforación fué la primera manifestación de la coleditiásis. Este último caso es particularmente interesante: se trata de una mujer de cuarenta y ocho años que presentaba una hernia inguinal desde hacia dos años; no había ofrecido nunca síntoma alguno de coleditiásis, cuando de repente fué acometida de violentos dolores en el lado derecho del abdomen, al mismo tiempo que la hernia se volvía irreductible. Se formuló el diagnóstico de

hernia estrangulada con peritonitis. En la operación no se encontró en el saco más que un paquete de epiplón no estrangulado. Haciendo sido prolongada la incisión por arriba, se observó una perforación de la vesícula biliar que había determinado una peritonitis supurada. Una asa de intestino delgado estaba adherida á la vesícula cerca del orificio de perforación. Después del lavado y drenaje de la cavidad peritoneal, se hizo la colecistostomía. La curación fué completa al cabo de seis semanas. En esa mujer, el empiema de la vesícula se había desarrollado sin síntoma alguno apreciable.

La intervenció fué seguida, en siete casos, de una terminación fatal, lo cual coresponde á una mortalidad de 16 por 100. En dos de esos casos, en realidad la muerte no puede achacarse á la operación; además en varios otros enfermos, lo que ésta ha hecho ha sido apresurar el fatal desenlace. Como quiera que sea, el ideal soñado por Riedel, á saber, el descenso á cero de la cifra de la mortalidad, dista mucho todavía de verse realizado. Así, la intervención quirúrgica debe quedar reservada para los casos de colelitiasis de larga duración, que hayan dado ya lugar á accesos repetidos de cólico hepático.; sin embargo, la operación no deberá ser diferida durante mucho tiempo, cuando los recursos médicos hayan fracasado: cuanto más pronto es practicada, en efecto, mayores son las probabilidades de buen éxito. La ictericia concomitante agrava el pronóstico operatorio, en razón directa de su intensidad y de su duración. No pudiendo seguir al autor en su discusión acerca del valor é indicaciones de las diversas operaciones que se practican en las vías biliares, nos concretaremos á referir aquí sus conclusiones.

La colecistotomía ideal ó *colecistendisis* es la operación típica en los casos en que la vesícula ofrece pocas alteraciones de sus paredes y tiene un contenido bilioso, mucoso ó seroso; es la que da mejores resultados en tales condiciones. La colecistectomía está indicada únicamente en los casos de ulceración maligna de la vesícula, á condición naturalmente de que el canal colédoco sea permeable. Cuanto este último se halla obliterado por un cálculo que no es posible repeler hasta la vesícula; hay que recurrir entonces á la colédocotomía, en tanto que la colecistenterostomía se impone en los casos en que la oclusión del canal colédoco no es debida á un cálculo. Asimismo debe acudirse á esta última operación, si la extracción directa de un cálculo del colédoco presentase dificultades harto considerables.

La colecistostomía en un tiempo es la operación típica para todos los otros casos. Se recurrirá á ella particularmente en el empiema de la vesícula, cuando las paredes de esta última no son el centro de ulceraciones extensas. Impónese igualmente cada vez que estando la vesícula relativamente sana, el canal cístico no es aún permeable. Finalmente, en la ictericia grave puede estar indicada como operación preliminar con el fin de obviar el peligro de la colemia. La colecistostomía en dos tiempos no es de aconsejar, salvo, acaso, en enfermos que estén muy debilitados.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)



FÓRMULAS

275

Sulfato de cobre amoniacal..... 20 centígramos.
Agua destilada..... 15 gramos.

M. Para tomar de tres á seis gotas dos veces al día.

En las **poluciones nocturnas.**

(*M. Kelaiditis*).

276

Extracto de cicuta..... 5 gramos.
Aceite de ricino..... 15 »
Lanolina..... 30 »

M. Para fricciones en la región anal antes y después de la defecación.

En las **fisuras del ano.**

(*L. Adler*).

BIBLIOGRAFÍA

SANATORIO QUIRÚRGICO DEL DR. D. ENRIQUE MADRAZO

Saben nuestros lectores que D. Enrique Diego Madrazo, verdadera gloria de la presente Cirugía, perteneció al Cuerpo de Sanidad Militar, y que — como tantos otros jóvenes de grandes esperanzas para el lustre de nuestra institución — desertó de sus filas en busca de justas compensaciones que aquí, en el Ejército, creía desamparadas.

Pues bien; nuestro meritísimo compañero, al abandonarnos y proyectar los destellos de su genio por más agradecidos derroteros, inauguró, con gran solemnidad, el día 20 de Agosto del año próximo pasado un Sanatorio quirúrgico, emplazado en preciosa meseta de empinados y pintorescos montes de la «Vega de Pas», provincia de Santander, acto que presidió el egregio patriota é insigne General Martínez Campos; y en igual fecha de este año ha celebrado, también con solemne fiesta presidida por nuestro amigo del alma é inolvidable Inspector Médico de Sanidad militar Martínez Pacheco, el primer aniversario de aquella apertura, publicando Madrazo, con tal motivo, la estadística de las operaciones practicadas por él en dicho espacio de tiempo en aquel establecimiento, modelo higiénico y suntuoso de los de su clase en todos los países.

De ella insertamos á continuación un sucinto resumen como prueba del mérito de Madrazo; de la sensible pérdida que sufrimos con su separación de nuestra colectividad; de que hay en España tan buenos cirujanos como los mejores del extranjero, y de que, como siga prosperando la obstinación sistemática de no conceder á los Jefes y Oficiales del Cuerpo Médico militar los mayores derechos, ya que realiza los primeros y más onerosos deberes, pronto vendrán generaciones nuevas á reemplazar el

personal actual que, si no son herederas de su brillo, estarán, en cambio, más en armonía con las exigencias de la lógica que preside todos los acontecimientos humanos y se impone al fin en el ulterior desenvolvimiento de los mismos.

	Número de operaciones.	Curados.....	En tratamiento.....	Muertos.....	OBSERVACIONES
Amputaciones	20	18	»	2	
Resecciones articulares.....	20	17	2	1	
Idem óseas en la continuidad..	29	26	3	»	
Limpieza de procesos tuberculosos	9	6	3	»	
Idem de procesos sépticos.....	7	7	»	»	
Estirpación de tumores.....	40	39	1	»	
Luxación irreductible.....	1	1	»	»	
Anquilosis.....	5	5	»	»	
Pie varus	3	3	»	»	
Trasplantaciones y autoplastias	3	3	»	»	
Operaciones practicadas en el					
vientre.....	23	17	5	1	
Idem id. en las vías génito-urina-					
rias de la mujer.....	65	63	1	»	1 aliviada.
Idem id., id., id., del hombre..	12	12	»	»	
Idem id. en el ojo.....	7	7	»	»	
Resección del nervio maxilar inferior.....	1	1	»	»	
Amigdalotomías.....	2	2	»	»	
Operaciones practicadas en el					
ano.....	9	8	1	»	
TOTAL.....	256	235	16	4	1 aliviada.

NECROLOGÍA

DON ARSENIO GARCÍA Y MALLAVIA.—Continuando la triste y dolorosa tarea que nos impone esta Sección, tenemos que dar cuenta hoy á nuestros lectores de otra nueva víctima de la fiebre amarilla en Cuba, que, por desgracia, no será la última que tengamos que registrar en las páginas de la REVISTA.

Había nacido Mallavia en Irun de Toranzo (Santander), el 30 de Julio de 1868; se licenció en Medicina en la Facultad de Madrid el 29 de Junio de 1891; é ingresó en el Cuerpo, previa oposición, por Real orden de 23 de Mayo de 1893, con el empleo de Médico segundo.

A su ingreso fué destinado al Hospital militar de Sevilla, y en 1.º de Julio siguiente pasó á prestar sus servicios al segundo batallón de las Antillas, en cuyo destino permaneció hasta fin de Agosto de 1894. En esta fecha fué nombrado para el destino de eventualidades en Ceuta, que sirvió hasta fin de Abril del corriente año.

Trasladado al segundo batallón del regimiento de la Reina, poco tiempo pudo desempeñar este nuevo destino, porque por Real orden de 15 de Junio último fué destinado al Ejército de la isla de Cuba, con el batallón expedicionario del regimiento de Baleares, embarcando en Cádiz el día 28 de dicho mes.

Destinado con su cuerpo al departamento Oriental, emprendió las operaciones de campaña, desde su llegada á la isla da Cuba, hasta el momento en que, atacado por la enfermedad endémica, falleció en el poblado del Cristo el día 9 de Agosto próximo pasado.

* * *

Por noticias telegráficas se sabe el fallecimiento de otros compañeros, pero no daremos cuenta de ellos interin no se confirman oficialmente por correo.

V A R I E D A D E S

Se ha publicado el informe oficial relativo á las pérdidas ocasionadas á los japoneses en la última guerra del extremo Oriente, informe que reproduce la *Deutsche Heres Zeitung*. El ejército de operaciones contaba 60.979 hombres, y perdió 4.113. Este número se descompone en 734 muertos en el campo de batalla, 231 de resultas de heridas y 3.148 á consecuencia de enfermedades. Sabido es, efectivamente, que el cólera produjo muchas víctimas en ambos beligerantes; de modo que el informe japonés atribuye 1.602 muertos al cólera de los 3.148 que causaron las enfermedades.

* * *

La ciencia ha perdido uno de sus campeones más eminentes: el ilustre Pasteur ha fallecido en Garches (Sena y Oise), á los 73 años de edad, después de una labor eficacísima para el progreso de la medicina en general y en beneficio de la humanidad. Sus maravillosos y recientes descubrimientos están en la mente de todos, para que necesitemos enumerarlos: en adelante, su nombre figurará en primera línea entre los más ilustres sabios de la época actual, por las ideas y procedimientos nuevos que se le deben, por los vastos horizontes abiertos á la ciencia contemporánea y por la utilidad que con ellos se ha proporcionado á la humanidad.

* * *

El día 15 de Octubre próximo pasado comenzaron en el Hospital militar de esta corte, los ejercicios de las oposiciones anunciadas para cubrir plazas de Médicos segundos del Cuerpo. Han tomado parte en dicho concurso 77 Profesores médicos.

*
*
*

En el sorteo celebrado el día 29 de Octubre próximo pasado, para cubrir 15 plazas de Médicos primeros, con destino al Ejército de la isla de Cuba, les ha correspondido ocuparlas á los oficiales de dicha categoría que á continuación se expresan:

D. Carlos Vieites y Pérez, D. Luis Verdejo y Pareja, D. Adolfo Martín y Torreblanca, D. Angel Rodríguez y Vázquez, D. Saturnino Lucas y Carro, D. Juan Algar y Macarro, D. José Lorente y Gallego, D. Joaquín Hurtado y García, D. Eustasio González y Velasco, D. Celestino Alemany y Azares, D. David Pardo y Reguera, D. Venancio Plaza y Blanco, D. José García y Montorio, D. Miguel Ferrer y Jimeno y D. Manuel Martín y Salazar.

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

Estudios higiénicos del aire. Extracto de las actas de la Sociedad científica de Chile -Santiago. 1895 (Dos ejemplares).

Demostración clínica del contagio de la tuberculosis. Memoria, primer premio de la Academia Médico-Quirúrgica. Por el *Doctor D. José Codina Castellvi*, precedida de un prólogo del *Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez*.—Barcelona. 1895.

Vade-Mecum de medicina moderna. (Guía practico para médicos y familias), por el *Dr. D. Baldomero González Valledor*.—Madrid. 1895.

Procedimiento antidiiférico del Dr. Roux. Memoria presentada al Ayuntamiento de Valencia sobre el estudio hecho en París y el resultado de su aplicación en Valencia, por el *Dr. Pérez Fuster*, jefe del laboratorio bacteriológico.--Valencia. 1895.

La venda cauchut-tela ó apósito vendaje «Bellver» por *D. José Bellver*, Médico mayor de Ejército.—Madrid. 1895.

Anales de la Real Academia de Medicina. Tomo XV, cuaderno 3.º—Madrid. 1895.

La Regeneración física, revista higiénica y pedagógica de gimnástica, sport y juegos corporales; órgano del profesorado español de titulares de gimnástica: publicación quincenal.—Madrid. 1895.

El Monitor de la farmacia y de la terapéutica, revista quincenal, científico profesional, redactada por *D. Francisco Pulau Ballestero*.—Madrid. 1895.

Estadística operatoria del sanatorio quirúrgico del *Dr. Enrique Diego Madrazo*, primer año.—Santander. 1895.

El ácido carbónico, revista ilustrada quincenal, dedicada con especialidad á la fabricación de bebidas gaseosas.—Madrid. 1895.