

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX

Madrid 1.º de Octubre de 1905

Número 439

## ESTADISTICA

de las operaciones quirúrgicas practicadas durante la campaña de Cuba en el hospital militar de Alfonso XIII. Años 1896-97-98.

(Continuación).

89. *Bartolomé Vázquez Ferrer*. Este individuo, que figura anteriormente con el número 80, sufrió una segunda intervención el 13 de Agosto de 1897, practicándosele la resección del tercer metacarpiano, con extirpación del dedo, á consecuencia de una necrosis del metacarpiano fracturado y panadizo del dedo correspondiente. Curado, fué propuesto para el retiro.

90. *José Arme y Rodríguez*, natural de Cabanas (Coruña), pertenecía á la guerrilla de Tejada. Fué herido en Guanabacoa (Santiago de Cuba) el 18 de Julio de 1896 en combate sostenido contra fuerzas enemigas. El proyectil penetró por la región inguinal derecha, inmediatamente por fuera del paquete vascular, atravesó la articulación coxo-femoral, y fué extraído de los tejidos blandos de la región glútea, donde había quedado incrustado; necrosis consecutiva de la cabeza del fémur y de parte de la cavidad cotiloidea y luxación patológica. El 14 de Agosto de 1897 se practicó la dilatación de la abertura inguinal, haciendo la resección total de la cabeza del fémur y extrayendo varios secuestros sueltos; se legró la cavidad cotiloidea, se rellenó de gasa iodofórmica y se colocó el

miembro en extensión continua; curado, fué propuesto para Inválidos.

91. *Pablo Ferri Medina*, natural de Granada, pertenecía al batallón expedicionario de Borbón. El 16 de Marzo de 1897 fué herido en Mayarigua (Santa Clara) en combate contra fuerzas enemigas, formando parte de la columna mandada por el Teniente Coronel Data. Herida de arma de fuego, cuyo proyectil penetró por la parte posterior del maleolo interno derecho, atravesó la pierna, saliendo por el maleolo externo, con fractura parcial de la tibia y del peroné y anquilosis tibio-tarsiana consecutiva. El 18 de Agosto del mismo año se practicó una dilatación del orificio de entrada, en dirección paralela á la tibia; se extrajeron menudos secuestros sueltos, se rasparon ambos huesos y se limpió el trayecto, dejando establecido un desagüe de gasa; curado, fué propuesto para el retiro.

92. *José García Fernández*, natural de Granada, pertenecía á la Comandancia de la Guardia Civil de la Habana. Según refiere, se hirió casualmente estando limpiando su fusil en las inmediaciones del Cerro (Habana), en el punto denominado Palatino. El proyectil atravesó la mano izquierda, de la palma al dorso, produciendo la fractura conminuta del tercer metacarpiano y una rozadura en el cuarto, con grandes destrozos de los tejidos blandos de la palma y del dorso. El 21 de Agosto de 1897 se hizo la resección del tercer metacarpiano y la extirpación del dedo correspondiente, regularizando la herida por medio de una autoplastia de los colgajos irregulares, que permitió cubrirla en su mayor parte; curado, fué propuesto para el retiro.

93. *Victoriano Maté y Martín*, natural de Pedraja (Valladolid), perteneciente al regimiento Caballería de Alfonso XIII. Se hirió casualmente estando limpiando su fusil en Guanabacoa (Habana). El proyectil, siguiendo la dirección de dentro afuera, destrozó los dedos medio é índice de la mano izquierda, el primero por el extremo de la primera falange y el segundo por la tercera. El 21 de Agosto de 1897 se hizo la amputación del dedo índice por la unión de la

segunda con la tercera falange y la del dedo medio por el cuerpo de la primera falange, ambas con colgajos palmar; curado, volvió á las filas.

94. *Jacinto Domínguez Urizo*, natural de Teruel, pertenecía al batallón provisional de la Habana. El 26 de Diciembre de 1896 fué herido en combate sostenido contra fuerzas enemigas en Sabanas Cerradas (Puerto Príncipe), formando parte de la columna mandada por el General Nario. Herida de bala, que penetró por el tendón rotuliano izquierdo en el momento de ir corriendo el individuo, atravesó la pierna de arriba abajo, fracturó la tibia y al choque se fragmentó el proyectil, saliendo una porción del mismo por la parte interna del tendón de Aquiles á tres traveses de dedo por encima del maleolo, otra porción fué extraída por el tercio medio de la cara anterior de la pierna y, finalmente, una tercera se apreciaba alojada en el espesor de los tejidos de la cara interna del tercio medio. El 30 de Agosto de 1897 se le extrajo una gruesa viruta de plomo, suturando la abertura; curado, fué propuesto para el retiro.

95. *Antonio Salgado Fernández*, natural de Madrid, del batallón Cazadores de Cataluña. Afectado de una periostitis jingival, le determinó la constitución de un secuestro del borde incisivo de la mandíbula inferior que comprendía los cuatro dientes. El 30 de Agosto de 1897 se practicó la extracción del secuestro; curado, volvió á las filas.

96. *José Sánchez Gigato*, natural de Algodonales (Cádiz), pertenecía al regimiento Infantería de Cuba, número 65. El 31 de Agosto de 1897 fué herido sosteniendo un combate contra fuerzas enemigas en las Lomas de las Animas (Pinar del Río), formando parte de la columna mandada por el Comandante Allente. Herida de bala en la región glútea derecha, sin orificio de salida, que interesó los tejidos blandos en una profundidad de 5 centímetros, sin determinar lesión ósea ni articular. El día 4 de Septiembre siguiente se le extrajo un proyectil Remington; curado, volvió á las filas.

97. *Juan Soriano Caparroz*, natural de Uleila Campo (Almería),

del regimiento Caballería de Pizarro. Manifiesta que estando de centinela en las inmediaciones de San Felipe (Habana) el día 7 de Septiembre de 1897, se hirió á sí mismo casualmente. La bala destrozó por completo el dedo pulgar de la mano izquierda, dejando al descubierto la articulación metacarpo-falángica, y ocasionando una extensa desgarradura de la piel que cubre el metacarpo. El día 12 del mismo mes se hizo la amputación del primer metacarpiano por su tercio medio y método á raqueta; curado, fué propuesto para el retiro.

98. *Rafael Vazcos Moles*, natural de Barcelona, perteneciente al batallón de Antequera, número 9. A consecuencia de una antigua periostitis padecía una caries del trocánter mayor derecho, acompañada de un profundo absceso periarticular. El 12 de Septiembre de 1897 se practicó la osteotomía del foco cariado, legrando la cavidad del absceso y practicando una contraabertura del mismo por la región glútea, suturando y dejando establecido el desagüe necesario; curado, fué propuesto para el retiro.

99. *Manuel Sánchez Barrero*, natural de Huelva, pertenecía al batallón expedicionario de Álava. Padecía una fístula de ano completa y ramificada, consecutiva á un antiguo absceso de la margen. El 25 de Septiembre de 1897 fué operado por el procedimiento ordinario, haciendo el raspado de los trayectos; curado, volvió á las filas.

H. PELÁEZ,

Médico mayor.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas.

**Patogenia y tratamiento de la gripe.**—La noción de la especificidad de la gripe ha sufrido un rudo ataque en las últimas sesiones de la Sociedad Médica de los Hospitales. M. Bergé, que es el que vigorosamente lo ha dirigido, estima que la afección no presenta

caracteres clínicos suficientes para merecer se considere como una entidad morbose verdadera, como una afección autónoma. La misma opinión fué emitida por M. León Bernard, que en ausencia de todo criterio se abstiene de diferenciarla de los catarros primaverales. Sin duda MM. Le Gendre, Siredey, Barrié, Lermoyez, se han hecho ardientes defensores de la autonomía de la gripe, mostrando particularmente cuán características son sus complicaciones. Pero un hecho que ninguno podrá negar, y que le ha dado valor á las nuevas experiencias de MM. Besançon é Israeli de Jung, es que el cocco-bacilo de Pfeiffer no es un microbio específico, que en toda epidemia grippal los exámenes bacteriológicos dan cada vez resultados diferentes, y que, en consecuencia, la gripe sería una infección polimorfa, sin especificidad microbiana.

En resumen; el síndrome grippal aparece hoy como el resultado de infecciones diversas, lo que nos hace comprender el carácter proteiforme de sus aspectos clínicos, la importancia y la multiplicidad de sus manifestaciones, á tal punto, que el polimorfismo sintomático parece traducir bastante fielmente el polimorfismo microbiano.

Aunque se designa á la gripe tres formas principales (catarral ó torácica, gástrica ó abdominal, nerviosa ó cerebral), las formas de la infección son en realidad más numerosas todavía.

Es que, en efecto, la gripe busca siempre el punto débil, *el locus minoris resistentiæ* del organismo, sobre el cual descarga sus golpes; aquí está la explicación de ciertos síntomas, de ciertas determinaciones del virus grippal, de ciertas complicaciones sobre-añadidas; aquí está el secreto de ciertas modalidades clínicas. Si el pulmón es el gran campo de batalla del bacilo Pfeiffer y de los microbios que le acompañan, ningún órgano ni ningún tejido está al abrigo de la infección.

Cualesquiera que sean las localizaciones observadas, estas asociaciones microbianas tienen por efecto el debilitar considerablemente la resistencia del organismo, deprimiendo el sistema nervioso, provocar ó exaltar la virulencia de los microbios, que en el estado de salud son los huéspedes habituales é inofensivos de nuestras cavidades naturales. Entonces, como lo ha dicho Huchard, «pues que la antitoxina de la gripe espera todavía á su descubridor, pues que no podemos nada ó casi nada contra la infección primitiva, sino que somos los dueños de las infecciones secundarias, que hacen realmente la gravedad de la influenza, á ellas es á quien la táctica medicamentosa debe dirigirse para prevenirla en tiempo de epidemia en los individuos sanos, y con más razón aún en todos aquellos que presentan los primeros síntomas».

El tratamiento será, pues, esencialmente profiláctico. Sin duda, muy á menudo no se sabrá evitar la explosión de la enfermedad; acomodándose á todos los climas y á todas las latitudes, la gripe no obedece sino á la fantasía de su humor vagabundo y puede desarrollarse en todos los medios. Pero lo que se obtendrá de una profilaxia bien comprendida es cerrar la puerta á las infecciones exó-



genas que el síndrome grippal acarrea á su paso, es impedir su estado patológico de complicarse ó de agravarse, es, en fin, sostener la resistencia del organismo aumentando, fortificando poderosamente sus medios de defensa.

Para responder á estas indicaciones esenciales, para luchar eficazmente contra la depresión de las fuerzas y la astenia nerviosa, características de la infección grippal, el medicamento de preferencia es el ioduro de hierro. En efecto, entre esos diversos tratamientos que han sido preconizados, no hay ninguno que tenga una actividad más pronta, una influencia más directa, un papel mejor definido.

Todo el secreto de sus maravillosas propiedades consiste en la dualidad de su constitución química; el elemento hierro y el elemento iodo, del cual es como la síntesis, tienen cada uno su parte de acción, sus afinidades especiales, sus dominios electivos, y es reaccionando separada, pero paralelamente, como concurren en el tratamiento de la gripe al mismo resultado final: el levantamiento del organismo empobrecido.

Por una parte, gracias á la fagocitosis abundante que determina, el ioduro de hierro reduce á la impotencia los microbios que nos amenazan por su virulencia adquirida. Las experiencias de M. Lortat Jacob han, en efecto, demostrado la acción especial de los derivados iodados sobre los órganos linfoides, los cuales excitan y sobre activan su función; origina una producción exagerada de macrófagos, es decir, de elementos defensivos, que no solamente dan al organismo una más grande resistencia, sino que todavía parecen hasta cierto punto susceptibles de producir una inmunidad durable.

Por otra parte, por su elemento ferruginoso, el ioduro de hierro reacciona directamente, tanto sobre los glóbulos rojos en circulación como sobre los órganos formadores de la sangre, en particular sobre la médula ósea; hace además sufrir á la hemoglobina modificaciones considerables desde el punto de vista de su *peso* y de su reparación.

Por eso en las diversas infecciones, y particularmente en la infección grippal, los *hematies* reaccionan al igual que los *leucocitos*. Este hecho ha sido bien demostrado por M. H. Dominici en su tesis inaugural: la infección pone en circulación los *hematies* nucleados y simultáneamente un aflujo de leucocitos polinucleados en los vasos periféricos, el bazo y los ganglios linfáticos. Estas modificaciones son el resultado de un doble trabajo, de *leucocitopoyesis* y de *hematopoyesis* en la médula ósea.

M. Dominici es de opinión que esta unión de glóbulos rojos y de glóbulos blancos, en el curso de la mayor parte de los estados infecciosos, es la prueba de una asociación reaccional de orden defensivo. Luego esta reacción defensiva es la característica del ioduro de hierro, que la secunda de manera feliz, que la exagera poderosamente, actuando á la vez sobre la totalidad de los elementos de la sangre.

Por último, el empleo del ioduro de hierro es verdaderamente racional en el tratamiento de la grippe, porque mejor que cualquier otro medicamento permite al organismo fortalecerse, organiza y amplifica sus medios de defensa, lleva el remedio á la astenia nerviosa, restringe á su mínimo de intensidad y de duración el brote morboso.

Además importa continuar el empleo durante todo el tiempo de la convalecencia, que es algunas veces larga y que siempre requiere ser atendida muy de cerca. En fin, en tiempo de epidemia será bueno prescribirla sistemáticamente á todo individuo anémico, rendido de cansancio, debilitado, porque no hay mejor profilaxia que esta terapéutica iodo-ferruginosa.

Todavía conviene, para obtener todo el beneficio deseable, recurrir á un ioduro de hierro absolutamente puro é inalterable.

No hay, en efecto, un medicamento que sea más instable, más rico en productos de descomposición, y, en tal caso, más nocivo para el estómago y el intestino.

Por eso aconsejamos á los prácticos usen con preferencia ioduro de hierro de Gille, que se recomienda por la pureza, solubilidad é inalterabilidad del protoioduro de hierro, que constituye la base de su preparación. Él se prepara bajo la forma de grajeas ó de jarabe. Las grajeas de Gille están dosificadas á 5 centigramos de principio activo; el jarabe de ioduro de hierro Gille contiene 10 centigramos por cucharada de sopa.

(*Courrier Medical*).

\* \* \*

#### **Peritonitis en la fiebre tifoidea sin perforación intestinal.**—

Es sabido que en la fiebre tifoidea puede presentarse la peritonitis por causas distintas de la perforación del intestino, tales como la ulceración de la vesícula biliar ó rotura de una glándula mesentérica supurada, de un absceso espléneo ó sin causa local alguna.

Dreschfeld, en el tratado de Medicina de Allbut, sostiene que la peritonitis puede depender de una extensión de la inflamación á la túnica serosa del intestino, y que en ese caso tiende á circunscribirse y formar adherencias, aun cuando á veces dé origen á supuraciones locales.

En la reunión de la Societé Medicale de Hôpitaux de París, ocurrida el 17 de Marzo, Courtois, Suffit y Beaufumé presentaron una comunicación muy importante al respecto, y refirieron el caso siguiente de peritonitis sin causa local definida, tanto más notable, cuanto que la afección de la serosa se generalizó.

Un joven de diez y ocho años de edad fué admitido en el hospital el día 3 de Febrero de 1905, el undécimo día de un ataque de fiebre tifoidea, con temperatura de 40.1°. Tenía todos los síntomas característicos, y á más se consiguió la reacción de Widal.

Se le trató con baños fríos, que se le daban cada tres horas, quedando, sin embargo, la temperatura alrededor de 40°. El vigésimo

primer día, con el pulso en 114, se le dieron los baños de costumbre y el enfermo no se quejó de ningún dolor. Repentinamente, á las once y media p. m., aparecieron violentos dolores en la parte superior de la fosa ilíaca izquierda, que se irradiaron á los diez minutos por todo el abdomen. Media hora después el paciente tenía una evacuación líquida, seguida al cuarto de hora por otra. No existía timpanismo; el pulso, en 110, débil; la cara, de congestionada, se tornó pálida, y la respiración ruidosa y fatigosa.

Se aplicó hielo en el vientre, desapareciendo rápidamente la opresión y el dolor. A la una a. m., la temperatura estaba en  $39^{\circ}8'$ . Á la una y media a. m. se le presentó hipo y vomitó un líquido amarillo verdoso; á las tres la temperatura era de  $40^{\circ}5'$  y no había dolor, conciliando el sueño hasta las cinco y media. A las seis la temperatura subió á  $41^{\circ}6'$ . A las ocho llegaba al hospital uno de los autores de la comunicación.

Le llamó la atención la palidez del rostro del paciente, los rasgos *tirés*, los ojos rodeados de un círculo negrozco; la nariz fría, el pulso en 114 y sumamente débil, abdomen apenas sensible y sin timpanismo, no había matitez en los hipocondrios y la hepática estaba conservada.

A pesar de la ausencia de timpanismo se diagnosticó una perforación, y se procedió inmediatamente á verificar la laparotomía. Al abrir el abdomen no se escaparon gases y sí sólo como litro y medio de un líquido amarillo obscuro, que contenía partículas blanquecinas. Las asas intestinales no se hallaban distendidas, pero sí muy congestionadas y aglutinadas por membranas blanco-amarillentas frágiles, especialmente en el flanco derecho. El intestino delgado y grueso se examinaron en toda su extensión, sin encontrarse perforación alguna; el apéndice completamente normal. El mesenterio contenía glándulas aumentadas de tamaño, pero ninguna ulcerada. Se cerró la herida y se le puso drenaje. Después de la operación el paciente quedó en estado de somnolencia. A las tres p. m. pidió la chata y orinó un líquido rojo, después de lo cual cayó en colapso y murió.

La autopsia demostró la existencia de cerca de medio litro de un líquido amarillo-oscuro en la pelvis. El tercio inferior del íleo y el colon ascendente, fuertemente congestionados; los intestinos, cubiertos de linfa amarillenta abundante en un trayecto de 2 metros á partir de la válvula ileo-cecal y en el ciego y el colon ascendente. Se inyectó agua en el intestino, pero no fué posible descubrir ninguna perforación. Gran cantidad de sangre escapó por el extremo abierto, lo que indicaría una hemorragia intestinal procedente de una placa de Peyer ulcerada. Existían numerosas úlceras tifoideas en el íleo, ciego y colon ascendente; el apéndice, perfectamente sano. No fué posible encontrar en las vísceras la causa de la peritonitis.

Dieulafoy considera estos casos de peritonitis como debidos á la infección tifoidea, independientemente de la intestinal; la serosa abdominal se infectaría, lo mismo que la pleura ó los huesos.



Courtois, Suffit y Beaufumé creen que es mucho más lógico suponer que la peritonitis es debida á la infección por contigüidad del intestino. Este modo de infección está indicado en el caso que presentan, por el predominio de las membranas cerca de la extremidad del ileo y el comienzo del colon, allí donde eran más acentuadas las lesiones tifoideas.

La sintomatología de esta peritonitis es notable por más de un concepto. El comienzo por dolor súbito y agudo es exactamente igual al de la peritonitis por perforación; pero las lesiones encontradas en la operación practicada á las diez horas muestran que la peritonitis debe haber existido mucho tiempo antes. Es también de notar que los síntomas de la peritonitis perforativa—dolor abdominal, después vómitos, hipo, etc.—existían, salvo una excepción notable: no había timpanismo ni desapareció la matitez hepática. La ausencia de perforación es la que explica estos hechos.

(*The Lancet*).

\* \* \*

**Antídotos de la nicotina.**—En un trabajo presentado hace poco á la Academia de Ciencias de París, Zalackas compara la acción de la estricnina, la eserina y la crucifera nasturtium officinale como antídoto de la nicotina. Mediante experimentos hechos sobre conejos, ha comprobado que no existe antagonismo entre la estricnina y la nicotina. Con la eserina el antagonismo es mayor.

Una dosis no tóxica de nicotina neutraliza una tóxica de eserina, con tal que la primera sea administrada antes que la segunda. El mismo resultado se consiguió en conejos cuando se invertía el orden de administración. Pero una dosis tóxica de nicotina no neutraliza en manera alguna una dosis tóxica de eserina, si bien la neutralización es aparente, debido á que los efectos de la eserina son ocultados por los de la nicotina.

Es un hecho curioso, como lo ha demostrado Martín Damourette, que la nicotina posea tantas propiedades estimulantes como paralizantes. Ahora bien; ocurre en ocasiones que los efectos paralizantes, que probablemente constituyen una pequeña parte de sus propiedades, se agregan á los paralizantes de la eserina, que tiene grandes propiedades en este sentido, de modo que ambas drogas tienden á una misma acción.

Zalackas considera el nasturtium officinale como el más útil de los antídotos de la nicotina. Esta planta es rica en nitrógeno, iodo y hierro; cuando crece en un suelo que contenga los elementos mencionados, es particularmente rica en ellos.

La planta, fresca, se machaca en un mortero y se separa y filtra el zumo obtenido.

Inyectando una dosis tóxica de nicotina (0'025) en la yugular de un conejo, aparecen al cabo de un minuto los síntomas de intoxicación. En cuanto la asfixia parecía inminente, se inyectó al animal, de la misma manera, una jeringa de Pravaz de zumo de nasturtium

conteniendo 0'3 de cafeína. A los diez minutos se produce una diuresis abundante: la orina tenía un fuerte olor á tabaco.

Al cabo de una hora se le inyectó el contenido de media jeringa. Como resultado, el animal orinó copiosamente, las convulsiones disminuyeron gradualmente de intensidad y frecuencia, la respiración y la circulación se normalizaron y la sensibilidad volvió. El restablecimiento de la salud se presentó, pero acompañada de fuerte salivación.

Experimentos hechos sobre perros le dieron resultados igualmente satisfactorios, de suerte que Zalackas pretende que el nasturtium officinale es el antídoto por excelencia de la nicotina.

(*The Lancet*).

\*  
\*  
\*

**La suprarrenina como anestésico.**—El Dr. *Max Lewin*, de Leipzig, indica la utilidad de la suprarrenina, como anestésico, en la práctica odontológica. Conocido es ya el modo de obrar dicho cuerpo en combinación con la cocaína, de modo que bastará exponer la forma en que la usa el Dr. Max Lewin y los casos en que le emplea.

La sal de suprarrenina empleada por dicho Doctor para su práctica odontológica es el *borato*, fabricado desde hace algún tiempo por los *Farbveske*, de Höchst, y puesto á la venta en forma de tabletas bien dosificadas por una casa de Danzig. Cada tableta contiene 0'01 gramo de cocaína, 0'00013 gramo de borato de suprarrenina y 0'009 de cloruro sódico. Una de estas tabletas, disuelta en 1 cc. de agua esterilizada, da la solución necesaria para una extracción. El uso de estas tabletas no se limita á las extracciones, sino que pueden emplearse con éxito para la anestesia de la dentina, de tal modo, que puede asegurarse que la suprarrenina en tabletas equivale, cuando menos, á los mejores medicamentos preconizados hasta hoy con tal objeto. Las principales ventajas que ofrecen son: la dosificación exacta, la economía y la circunstancia de poder usar siempre soluciones recién preparadas, y por lo tanto, no descompuestas.

Para usar las tabletas basta hervir en un tubo de ensayo algunos centímetros cúbicos de agua destilada y disolver en ellos el número correspondiente de tabletas, ó bien tener en un tubo una cantidad de agua destilada hervida y medir cada vez un centímetro cúbico, en el que se disuelve una tableta. Se obtiene así una solución clara, la cual, empleando para las inyecciones instrumentos bien esterilizados, no da lugar jamás á complicaciones.

Para las extracciones se inyecta 1 cc. de esta solución en el lado labial ó lingual, lo mismo en la mandíbula inferior que en la superior. En todos los casos de extracción basta con esta anestesia terminal, de modo que puede prescindirse de la difícil anestesia de los nervios conductores. Para la anestesia de la pulpa en la mandíbula superior, con excepción de los grandes molares, basta con  $\frac{1}{2}$  cc. inyectado en la parte exterior y lo más cerca posible del extremo de

las raíces; para los molares se inyecta 1 cc. por la parte del paladar, consiguiéndose una anestesia tan completa, que basta para extraer sin el más mínimo dolor la pulpa de los molares de tres raíces, separar los dientes á voluntad, etc.

En la mandíbula inferior no basta, muchas veces, la anestesia terminal para insensibilizar en absoluto la dentina, pero se nota una gran disminución de la sensibilidad sin embargo. Cuando se puede inyectar en el *foramen mandibulare* se logra insensibilizar también los molares de la mandíbula inferior.

La solución de las tabletas puede diluirse en solución de cloruro sódico; una tableta de 100 cc. de solución de esta sal proporciona un líquido que produce todavía hisquemia casi completa y anestesia duradera en tejidos fuertemente infiltrados. Este hecho facilita el empleo de la suprarenina en los niños y en los enfermos muy débiles.

El instrumental para las inyecciones puede guardarse sumergido en solución fénica al 3 por 100; no se recomiendan otras soluciones antisépticas porque enturbian la solución de suprarenina.

(*Deutsche Zahnärztliche Wochenschr.*)



**Fractura de la bóveda del cráneo irradiada á la base.**—El Dr. Cifuentes y Diaz publica la siguiente observación:

El caso que es objeto de este trabajo es, á mi juicio, de los que ponen de relieve la oportunidad de la intervención quirúrgica en el cráneo. Sabido es que la abstención operatoria está aconsejada por los autores en todos los casos en que no haya accidentes hemorrágicos ó lesiones cerebrales que determinen síntomas de foco, pues si la lesión puede curar sin trastorno alguno sería inútil una operación como la trepanación y craniectomía, no habiendo esquirilas que desenclavar ni derrames sanguíneos que combatir, máxime cuando dicha operación tiene bastante gravedad á pesar de las seguridades que dé una buena asepsia. A ésta, sin embargo, se debe el adelanto de la cirugía del cráneo; de la antigua trepanación con el trépano de corona á la moderna craniectomía, con aplicación de tantas fresas de trépano como sean necesarias para obtener abertura amplia y suficiente que permita el tratamiento de la lesión que perseguimos, hay diferencia y ventajas manifiestas, debidas en parte al instrumental moderno, de fácil manejo é ingeniosa construcción, pero más tributarias de la asepsia, evitando la infección con la ausencia de gérmenes.

Empezaré por hacer la relación del caso clínico para exponer después algunas consideraciones que de él se deducen.

P. G., natural de Riaguas (Segovia), de treinta y dos años de edad, albañil, buena constitución, sin antecedentes de importancia, recibió un golpe con una barra de hierro en la región temporal izquierda el 27 de Febrero próximo pasado, que le produjo fuerte conmoción cerebral, cuyo estado le duró algunas horas. A su in-

greso en el hospital de la Princesa, clínica del Dr. Berrueco, el día 28, apreciamos en la parte más anterior de la región temporal izquierda, á 3 centímetros por encima de la ceja, una herida contusa de 5 centímetros de extensión, que sólo comprendía la piel y tejido célula-adiposo, sin deformación alguna de la región; la presión es dolorosa alrededor de la herida; no se aprecia hundimiento alguno. Como las maniobras de reconocimiento son dolorosas, y en vista de los síntomas presentados, no insistimos en aquél; el estado general es satisfactorio; la conmoción ha desaparecido, y no queda más que pulso algo lento y debilidad intelectual; los movimientos de los miembros son normales.

El día 1.º de Marzo, en la visita de la mañana, observamos la formación de equimosis en la conjuntiva ocular. La pereza intelectual persiste; la palabra es lenta, pero normal; reflejos pupilares normales, así como la agudeza visual; 60 pulsaciones por minuto.

Por todos estos síntomas se pensó en la existencia de una fractura del cráneo. Sólo tenía valor para el diagnóstico uno de los síntomas presentados, el equimosis conjuntival, equimosis tardío, que es el carácter que le da valor real en las fracturas, pues hay equimosis conjuntivo-palpebrales que se presentan á las pocas horas de un traumatismo sobre las regiones orbitaria y superciliar; pero éstos son antes palpebrales que conjuntivos, circunstancia que conviene distinguir, pues el de las fracturas de la base del cráneo, si alguna vez llega á ser palpebral, es primero necesariamente conjuntivo.

El equimosis conjuntival era, pues, síntoma de fractura de base; pero estas fracturas aisladas á la base son raras, y más aún en la forma que obró el traumatismo, siendo generalmente las fracturas de base propagación de una fractura de la bóveda; ahora bien, si era fácil en el sujeto que motiva esta historia suponer una fractura de base, no lo era tanto apreciar ni aun suponer fractura de la bóveda, pues no se encontró depresión, fisura ni hundimiento alguno al reconocer la región; y aunque se podía pensar en ella por la frecuencia con que acompañan á las de base, nada demostraba su existencia.

En estas circunstancias no había indicación ninguna de operar, motivando más esa conducta el no haberse presentado ningún síntoma de foco. No son tan raras las observaciones de curación de fracturas de base de cráneo y de fracturas de bóveda sin intervención, siendo la lesión pequeña (fisuras, fracturas de lámina interna, etcétera). La abstención ha de ser provisional, pues los síntomas serían el mejor indicador del tratamiento.

El herido se encontraba en el estado que anteriormente hemos descrito, y cuando estaba casi cicatrizada la herida contusa producida por el trauma, el día 7 del mismo mes de Marzo vino á alterar dicho estado un ataque de epilepsia jacksoniana; este ataque comienza por un aura motora, una flexión brusca del dedo pulgar de la mano derecha; aparecen en seguida contracciones tónicas del brazo del mismo lado, que pronto se hacen clónicas; es invadida la



cara y después el miembro inferior, y el enfermo, con pérdida completa de conocimiento y la pupila dilatada, es acometido de convulsiones generalizadas á ambos lados del cuerpo, entrando después en un estado comatoso, con respiración ruidosa, que desaparece al cabo de treinta ó cuarenta minutos.

El cuadro ha cambiado; la intervención se impone. Este ataque característico de epilepsia jacksoniana, que tuve ocasión de observar, indicaba una excitación de la zona motora del lado traumatizado, pues los espasmos, parciales en un principio, han comenzado en el lado derecho.

Se dispuso todo para la operación, que fué realizada al día siguiente por mi querido maestro el Dr. Berruero. Convenientemente rasurado y anestesiado el enfermo, se hizo una incisión curva de concavidad inferior que, dando principio en el tercio externo de la ceja, pasaba sobre la línea temporal y terminaba en el centro de la escama del temporal. Desprendido este gran colgajo con el periostótomo, se vió en esta maniobra que la bóveda estaba fracturada, ofreciendo á la vista tres fragmentos libres, cuyo foco de fractura estaba situado en la fosa temporal, á nivel de la sutura fronto-parietal; como los fragmentos no podían extraerse sin hacer alguna violencia, por estar uno de ellos en parte bajo los otros, se aplicaron dos fresas de trépano en el borde superior de la fractura, cuyos orificios fueron unidos por el escoplo de Doyen; con la pinza-gubia se regularizó luego la abertura, en forma que permitió la extracción de dos esquirlas libres y otra que estaba adherida al ala mayor del esfenoideas y al coronal; por debajo de esta esquirla se vió una fisura que, interesando parte del ala mayor del esfenoideas, se dirigía hacia abajo y adentro por el coronal. La duramadre estaba intacta en el foco de fractura, la abertura del cual quedó, después de extraídos los fragmentos, con un diámetro próximamente de unos 6 centímetros; dicha membrana aparecía desprendida de la bóveda en alguna extensión, sobre todo hacia la parte posterior, en la que se separaba bastante del parietal por haber entre los dos coágulos sanguíneos en gran cantidad, de los que fué limpiada la región. No hubo necesidad de hacer hemostasia después de esta limpieza, por no sangrar ningún vaso, procediéndose en seguida á igualar los bordes óseos, quitando picos y dentellones con la pinza-gubia, y después á la sutura, entrecortada con seda, del colgajo, sin dejar desagües, seguida de la colocación de un apósito sencillo.

El curso post-operatorio fué excelente; no tuvo dolores ni movimiento febril; el día 15 se levantó la cura, encontrando la herida en vías de completa cicatrización; los puntos de sutura se quitaron el día 16; el equimosis conjuntival desaparecía progresivamente, la inteligencia era más clara y el pulso normal.

Fué dado de alta por curación á primeros de Abril.

El estado del herido antes de presentarse el ataque epiléptico, y el no existir síntomas claros de fractura de bóveda, eran motivos suficientes para no intervenir; aun en el caso de apreciarse aquella

fractura, hubiera estado justificada la trepanación, siendo aquélla con hundimiento visible y palpable.

Que hay casos de fracturas de cráneo curadas sin intervención, es indudable, y se comprende que una fractura cerrada sin lesión de cerebro ni de meninges, sin compresión de focos, puede curar sin provocar fenómenos cerebrales, salvo los casos en que pasado algún tiempo de su curación aparente estallan síntomas de excitación ó bien de parálisis, pero que requieren tratamiento quirúrgico por indicar compresiones sobre la zona rolándica.

En el caso de que tratamos los fenómenos de foco dieron á conocer que existía compresión cerebral, pues esos síntomas no habían aparecido de una manera inmediata al traumatismo. En el acto operatorio pudo verse que la duramadre estaba indemne, á pesar de haber esquilas libres, que fácilmente pudieron ocasionar su rotura y lesionar la corteza cerebral; no había, pues, señales de contusión, y de existir ésta los síntomas hubieran aparecido inmediatamente después del accidente. Establecida la existencia de la compresión, nada más lógico que atribuirla al derrame sanguíneo por rotura de alguna rama de la menígea, pues la compresión por los fragmentos libres de la fractura es una excepción en la patogenia de la compresión, por presentarse los síntomas á raíz del accidente, puesto que la disminución de la capacidad craneana es instantánea, y en ese caso es más seguro que produzcan contusión en vez de compresión.

El foco de fractura en este herido estaba situado por delante de la zona rolándica, viéndose al extraer los fragmentos que si éstos ejercían compresión había de ser sobre las circunvoluciones horizontales del lóbulo frontal, y que acaso esa compresión explicaría la debilidad intelectual que presentó desde el primer momento. La duramadre estaba desprendida del hueso por detrás del foco de fractura, ocupando ese espacio coágulos sanguíneos procedentes de hemorragia por rotura de algún ramo de la arteria menígea mayor, y que merced á la poca adherencia de la duramadre con el parietal la sangre se creó ese espacio, verdadero hematoma extradural, ocasionando con su tensión creciente la compresión de la zona rolándica.

Curioso es en este caso lo que se refiere á dicha compresión. Los hematomas de la duramadre, cuando comprimen la zona rolándica, originan por regla general síntomas de parálisis, y en este herido ha producido síntomas convulsivos. Dependerá esto, según algunos autores, del grado en la intensidad de la compresión. Lo que se sabe es que la epilepsia jacksoniana depende de la irritación de la capa gris cortical de la zona motora; si esta irritación es de tal grado que comprime con exceso ó destruye las grandes células de la corteza, los fenómenos paralíticos serán su efecto.

Otra particularidad apreciada en la operación es que no hubo necesidad de hacer hemostasia; después de limpio el foco de coágulos, examinamos la región por si era preciso ligar algún ramo de la menígea que produjo el derrame; pero nada sangraba, sin duda

por haber intervenido los mismos coágulos en la producción de la hemostasia y tratarse de algún ramo pequeño, visto lo cual se hizo la sutura, dando por terminada la intervención.

(*Rev. de Espec. Méd.*)

\*  
\*\*

**Esterilización rápida de las inyecciones de suero gelatinado.**— El Dr. *Genobé*: Siendo la gelatina un producto séptico que contiene siempre microbios de mayor ó menor importancia desde el punto de vista patológico, y con alguna frecuencia el bacilo del tétanos, se comprende la gran importancia que tiene su esterilización perfecta cuando se trata de preparar inyecciones intravenosas, que no deben perder bajo ningún concepto sus propiedades coagulantes.

Se ha dicho siempre que las soluciones concentradas de gelatina, previamente calentadas á 120°, perdían, al enfriarse, la propiedad de coagularse; por cuya razón, siempre que se trata de obtener la asepsia de dichas soluciones, todos los autores recomiendan la aplicación del calor seco intermitente, conocido con el nombre de método de Tyndall.

Dicho método está fundado en la diferente resistencia que tienen los esporos de los microbios á la acción del calor. Para emplear este procedimiento, se somete á la temperatura de 80° á 100° y por espacio de unas dos horas la substancia que se ha de esterilizar, y luego se deja enfriar; se repite exactamente la operación dos días más, después de lo cual puede darse la substancia por esterilizada.

La explicación de este método es la siguiente: Al someter la substancia á la susodicha temperatura, la mayor parte de los microbios que contiene se destruyen; pero los esporos que han resistido á la acción del calor se convierten en adultos durante el tiempo que media entre la primera y segunda esterilización, microbios adultos que mueren por la aplicación de la misma temperatura por segunda vez, y con mayor motivo á la tercera, que sólo se aplica para más garantía.

El método de Tyndall es excelente siempre que se trate de esterilizar térmicamente substancias que no pueden sufrir temperaturas superiores á 100°; pero en la práctica farmacéutica no resulta aplicable por el mucho tiempo que requiere, pues con mucha frecuencia se da el caso en las oficinas de pedirse con urgencia inyecciones intravenosas de suero gelatinizado en proporciones tales que, por apartarse de las clásicas, no se tienen previamente preparadas; siendo el objeto de este artículo la exposición rápida del procedimiento que debe seguirse en estos casos.

Los Dres. Gley y Nichaud han demostrado en su nota presentada á la Sociedad de Farmacia de París en la sesión del 3 de Febrero de 1904, que los sueros gelatinizados preparados con gelatina ordinaria no pierden sus propiedades coagulantes sino después de haber sido calentadas durante cuarenta á cuarenta y cinco minutos á la temperatura de 120°. Dichos Doctores han notado también que al

salir los sueros gelatinizados del autoclave han sufrido una especie de clarificación, pues quedan sumamente límpidos, teniendo en suspensión partículas sólidas de naturaleza desconocida, presentando además este precipitado la particularidad que sólo aparece cuando ha sido calentado á presión.

No siendo posible utilizar una inyección en estas condiciones sin someterla antes á una filtración previa, que resulta imposible de hacerla asépticamente, nos vemos obligados á esterilizarla nuevamente después de haber sido filtrada, con lo cual corremos el peligro de que pierda sus propiedades coagulantes.

(*Rev. de Farm.*)

---

## FÓRMULAS

### 472

Azufre sublimado..... 24 gramos.  
Polvos de Dover..... 6 »

M. y D. en 20 papeles, para tomar uno cada cuatro horas.

En la **disenteria.**

(*G. Richmond.*)

### 473

Agua oxigenada medicinal pura... }  
Lanolina anhidra..... } áá 20 gramos.  
Vaselina pura..... }  
Talco en polvo..... }

M.—Para fricciones.

En el **prurito de la urticaria.**

(*Gaucher.*)

---

## SECCION PROFESIONAL

### RECLUTAMIENTO Y REEMPLAZO DEL EJÉRCITO

«Excmo. Sr.: La Real orden dictada por el Ministerio de la Gobernación en 27 de Agosto de 1901 (*Gaceta* núm. 253) aclarando los preceptos



del artículo 28 del Reglamento de exenciones físicas de 23 de Diciembre de 1896, impuso á las Comisiones mixtas de reclutamiento la obligación de que el nombramiento de Médico para la observación de mozos que con arreglo al citado artículo se ha de verificar, recaiga en uno de los facultativos de la Beneficencia provincial, donde los haya y puedan prestar gratuitamente dicho servicio. Las disposiciones mencionadas no han ofrecido dificultad alguna en esa provincia mientras su organización militar se ha regido por resoluciones de general aplicación, puesto que entonces existía en esas islas una sola Zona de reclutamiento, que tenía su cabecera en capital donde existen dos hospitales, uno militar y otro civil, pudiendo por tal motivo armonizarse los preceptos del artículo 28 del Reglamento y los de la Real orden ya citados; pero como el Real decreto de 11 de Agosto de 1904 estableció una organización especial para las tropas que guarnecen esas islas, creando cuatro Zonas de reclutamiento, con residencia en Palma, Inca, Mahón é Ibiza, y en cada una de ellas deberá verificarse la observación de los mozos útiles condicionales, según dispone el artículo indicado, una vez que en dichas poblaciones hay Médicos militares, sería imposible dar cumplimiento á la mencionada Real orden, puesto que en Inca, Mahón é Ibiza no existen Médicos de Beneficencia provincial en quienes pueda recaer el nombramiento de Médico civil encargado de la observación en caja, ni en hospitales militares á los que puedan pasar los reclutas sometidos á observación. La situación geográfica de esa provincia ofrece graves dificultades para que dicha observación pueda verificarse en las Zonas de Mahón é Ibiza, puesto que los mozos tendrían que hacer por mar varios viajes de ida y vuelta para sufrir los diferentes reconocimientos, con cuyo procedimiento aumentarían considerablemente los gastos y se dificultaría la conclusión de las incidencias del reemplazo en el término que las Comisiones mixtas tienen señalado. En su virtud, y en analogía con lo preceptuado en el artículo 28 del Reglamento referido, en el que se dispone que cuando las Zonas estuvieren en poblaciones donde no hubiere Médicos militares soliciten las Comisiones mixtas del Capitán General de la Región que sean agregados los mozos á otra Zona situada en punto en que haya aquellos Médicos, el Rey (Q. D. G.) se ha servido autorizar á V. E. para que, á instancia de la Comisión mixta de reclutamiento de esa provincia, pueda agregar á la Zona de Palma los mozos útiles condicionales pertenecientes á las de Inca, Ibiza y Mahón, á fin de que en ella ó en el hospital militar de dicha plaza sufran la observación reglamentaria cuando sea necesario.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.

Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 19 de Abril de 1905.—Martítegui.—Sr. Capitán General de Baleares».

\*  
\*\*

## RESIDENCIA

«Excmo. Sr.: En vista del escrito que V. E. dirigió á este Ministerio en 14 de Marzo último consultando qué autoridad debe autorizar los traslados de residencia para el extranjero y de unas á otras Regiones de los individuos procedentes de la brigada de Sanidad Militar que, con arreglo á lo dispuesto en el Real decreto de 2 de Noviembre último (C. L. número 205), causaron baja en las unidades de reserva de Infantería y alta en dicha brigada, cuya Plana mayor está establecida en esta Corte, y en la que en su mayoría radican las filiaciones de los interesados, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver que las citadas autorizaciones deben ser concedidas por los Generales de Cuerpos de ejército y Jefes de unidades donde radique la documentación de los interesados.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 6 de Mayo de 1905.—Martítegui.—Sr. General del primer Cuerpo de ejército».

\*  
\*\*

## ORGANIZACIÓN

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que los artículos 16, 16, 12 y 99 de los Reales decretos de 11 y 20 de Agosto, 1.º de Septiembre y 2 de Noviembre de 1904, no quieren dar á entender que se constituyan inmediatamente Parques sanitarios regionales y locales, cuya creación estaría sin justificar por la escasez de material que habrían de contener, sino que cuando estas dependencias se organicen, caso de considerarse alguna vez necesarias, serán Directores los funcionarios que se expresan en el texto de las disposiciones citadas. Por consecuencia de lo anterior, si en alguna Región, distrito ó Gobierno militar exento se hubieran llegado á constituir dichos Parques, se procederá á su disolución inmediata, haciéndose cargo del material el hospital militar de la capitalidad del territorio, y si por falta de personal, medios ó local no pudiera ser así, el Parque administrativo regional de campaña ó, en su defecto, el de suministros de la misma capital ó el de Artillería, para con-

servarlo á disposición de las autoridades militares si fuese preciso su empleo; debiendo satisfacerse por el Parque central de Sanidad Militar, que en lo sucesivo se llamará sencillamente «Parque de Sanidad Militar», los gastos de conservación y entretenimiento de los efectos.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 10 de Mayo de 1905.—Martítegui.—Señor.....»



## SERVICIOS SANITARIOS

*«Circular.*—Excmo. Sr.: En vista de un escrito del General del primer Cuerpo de ejército de 26 de Abril último solicitando que se apruebe la admisión de una enfermera para la asistencia de la esposa de un Comisario de guerra, que ha ingresado en el hospital militar de Carabanchel con arreglo á la Real orden circular de 25 de Enero anterior (*D. O.* núm. 21), así como que se dicte una resolución respecto á qué personal ha de asistir á los individuos de las familias de Jefes, Oficiales y sargentos que pueden ser admitidos en los hospitales militares y no hagan uso del derecho que para elegir el personal de asistencia les concede la regla novena de la predicha soberana disposición, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver que cuando por el sexo de la persona de aquellas familias que haya de ser asistida en los hospitales militares fuese necesario para su exclusiva asistencia personal subalterno especial distinto del empleado en tales establecimientos, y la familia á que dicha persona pertenece no ejercitase el derecho de elección que se consigna en la mencionada regla novena; la designación del personal especial en cuestión se hará por el Director del hospital militar respectivo; en la inteligencia de que, tanto en este caso como en el de elegir el personal especial de referencia la familia interesada, los haberes y dietas alimenticias que aquél devengue serán con cargo á la familia aludida, en analogía con lo que para los acompañantes del individuo de la misma que sea asistido en los referidos establecimientos prescribe la repetida regla novena. Asimismo S. M. se ha servido aprobar en el indicado concepto la admisión de una enfermera para la exclusiva asistencia de la esposa del citado Comisario de guerra, que ha ingresado en el hospital militar de Carabanchel con arreglo á la mencionada Real orden circular de 25 de Enero próximo pasado, debiendo aplicarse tal criterio á todos los hospitales militares que, por reunir condiciones al efecto, ad-

mitan para asistencia individuos de la familia de algún Jefe, Oficial ó sargento.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 10 de Mayo de 1905.—Martí-tegui.—Señor.....»

## V A R I E D A D E S

El Inspector médico de primera clase D. Antonio Serrano y Borrego, que ya se encontraba en situación de reserva, falleció en esta Corte en el mes de Agosto último. Sus dilatados servicios en la Península, Filipinas y Fernando Poo, y las especiales condiciones de carácter é ilustración que le adornaban, le habían granjeado la estimación de los Jefes y Oficiales que sirvieron á sus órdenes en los muchos años que desempeñó las más elevadas jerarquías del Cuerpo.

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR se asocia sinceramente al sentimiento producido entre sus amigos y subordinados por tan sensible pérdida.

\*  
\*  
\*

El resultado de las oposiciones celebradas últimamente para ingresar en la Academia del Cuerpo, según el orden de prelación de los opositores después de cada ejercicio, ha sido el siguiente:

Nombres.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Después del cuarto ejercicio.
D. José Cancela y Leiro. ....	1	1	1	1
» Julián Aguado y Colmenares	5	3	2	2
» Luis Gabarda y Sitjar.....	3	4	4	3
» Manuel Vegazo y Marcilla..	2	2	3	4
» César Sebastián y González.	6	5	5	5
» Víctor Manuel y Noguerras..	10	6	6	6
» Eduardo Villegas y Domin- guez.....	7	7	7	7
» Benigno Soto y Armesto....	11	9	8	8
» José Aguilera y Sabater....	8	10	10	9
» Nemesio Díaz y Mena.....	9	11	11	10
» Aquilino Martínez y Vieta..	12	12	13	11