

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año I

Madrid, 1.º de Julio de 1911.

Núm. 13.

## SUMARIO

*Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.*—Lesiones traumáticas del hombro, por Enrique Pedraza.—Nuevo aparato automático para llenar ampollas, por Saturnino Cambronerero.—Estenosis aguda de la laringe: Traqueotomía, por el Dr. A. Ramirez Santaló.—Preparación del café en campaña, por M. le Dr. Bonnet.—Variedades.—Prensa médico-farmacéutica: La úlcera del yeyuno después de la gastro-enterostomía.—Epidemia de peste en Lang-son en 1909.—Empleo del agua oxigenada para la investigación de materias colorantes artificiales en ciertos medicamentos, y en particular en los zumos vegetales.—La sordomudez adquirida, debida a la sífilis hereditaria.—Faringuectomía por linfosarcoma de la amígdala.—Eczema de los niños de pecho tratado por la opoterapia tiroidiana.—La apendicostomía y la cecostomía en el tratamiento quirúrgico de las colitis rebeldes.—Investigación del alcohol amílico en los líquidos espirituosos.—Tratamiento del cáncer ulcerado, inoperable, por el alcohol amílico.—Descapsulación renal en la uremia.—De la regeneración de las cuerdas vocales.—Los sueros gelatinados en la etiología del tétanos.—Prensa militar profesional: Camilla-tienda improvisada.—La denominación de no-combatientes dada a los Médicos militares en Francia.—Estudios sobre los portadores de bacilos tíficos en los reclutas de la guarnición de Stettin.—Aumento del personal de Médicos militares en Francia.—Sección oficial.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.

### UN NUEVO MÉTODO DE CIRCUNVALACIÓN DE LA RÓTULA<sup>(1)</sup>

#### Argumentación del Médico mayor Sr. Soler y Garde.

Señores: El estudio de las fracturas de la rótula ha excitado poderosamente el interés de los cirujanos, en todos los tiempos y países, como lo prueba la nutridísima bibliografía que al asunto consagran todos los tratados de Cirugía, en la que figuran los más eximios nombres de los maestros de nuestra ciencia.

¿Es motivado este interés por su frecuencia? Nada de ello. Aunque no puedan calificarse de excepcionales, son raras las fracturas

(1) Publicado en el número anterior de esta REVISTA.

de la rótula. Médicos hay, de vasta experiencia y encanecidos en la carrera, que no han visto ninguna. De mí sé decir, que durante mis estudios escolares no hubo ni un solo caso en las clínicas de la Facultad de Medicina de esta ciudad (Hospital de Santa Cruz, entonces), y el primero que observé fué en la campaña de Cuba, en una acción habida el 7 de Febrero de 1896, en Pozo Hondo (Pinar del Río), en un mulato, al cual un balazo le fracturó la rótula, siendo asistido este herido, conmigo y con excelente éxito, por mis estimados compañeros Sres. Rovira (q. e. p. d.) y Cadenas.

En la Clínica de Cirugía del Hospital militar de Barcelona, desde 1904 hasta ahora, han ingresado 154 soldados afectos de fracturas de todas clases (unos recién lesionados, para tratamiento; otros, antiguos traumatizados, con deformidades ó trastornos funcionales, como presuntos inútiles en expectación de reconocimientos); pues bien, sólo cuatro eran de rótula.

Siendo, pues, una fractura poco común, ¿por qué llama tanto la atención su estudio? A mi juicio, por dos motivos: 1.º, por la curiosidad que inspiran algunas notables particularidades, del mecanismo de producción y de la evolución de ciertas variedades, y 2.º, por las dificultades del tratamiento.

## I

Aparte de las variedades de fractura de rótula análogas á las de otros huesos (transversales, oblicuas, verticales, múltiples, conminutas, directas, indirectas, mixtas, simples, complicadas, completas, incompletas, etc.), hay una curiosa variedad, denominada *iterativa ó refractura* (de la que en este Hospital hemos observado recientemente un caso), cuya complicación consiste en la rotura del callo formado á consecuencia de una fractura anterior, habiendo sido notado, por algún autor, cuatro veces seguidas en un mismo sujeto; es un accidente grave, porque el callo roto consolida difícilmente, y es fácil presa de infecciones articulares, que en ocasiones han obligado á efectuar la mutilación del miembro. Algunos cirujanos piensan que puede haber causas predisponentes: fragilidad ósea especial, dolores rotulianos anteriores; deformaciones espontáneas del hueso, estados patológicos generales que preparan la fractura, ofreciéndose á veces en forma familiar ó hereditaria.

Dejando aparte el mecanismo de producción y las conocidas teorías patogénicas de las fracturas de rótula, directas é indirectas, recordaré sólo que estas últimas son causadas por los más singulares y extraños modos: resbalones, pasos en falso para evitar una caída inminente; la acción de montar á caballo: una lavandera al levantar un cesto lleno de ropa; un operado de talla de Desault, á pesar de estar en cama, que contrajo el tétanos, y en las convulsiones, se fracturó ambas rótulas; los esfuerzos del baile, principalmente los de elevación sobre la punta del pie (Hevin); un soldado al dar un puntapié á otro (Bichat), etc.

Otras particularidades ofrecen estas fracturas indirectas, y son: la enorme separación y desviación de los fragmentos, por la contracción tónica ó refleja del cuádriceps, que pueden aumentar todavía por la hemorragia propia de la fractura; por el derrame intra-articular y por los movimientos intempestivos del enfermo, que acrecienta los desgarros primitivos de los tejidos fibrosos ó aletas perirrotulianas.

Se concibe fácilmente que estas desfavorables condiciones dificulten considerablemente ó imposibiliten la formación del callo óseo, y antes del período antiséptico que ha permitido el tratamiento operatorio, la regla general era obtener un callo fibroso con todos sus inconvenientes. Sabido es que Pibrac ofrecía 100 luises de oro á quien le mostrara una rótula con consolidación ósea; Dupuytren quería comprar á peso de oro la de uno de sus enfermos que curó con callo óseo, y Lefort afirma no haber visto, en varios Museos que ha visitado, más que tres rótulas fracturadas y curadas con callo óseo (Museos de Berlín, de Hunter y de Dupuytren).

## II

Sería poco menos que interminable, y de ninguna utilidad práctica, la enumeración de los muchísimos procedimientos y aparatos (divididos por Malgaigne en circulares, de presión paralela y de presión concéntrica), empleados de antiguo en el tratamiento de las fracturas de la rótula, é ideados sucesivamente por los cirujanos para obviar los inconvenientes de los de sus predecesores, en vista de su ineficacia.

El criterio actual en el tratamiento de las fracturas transversa-

les recientes y no abiertas de la rótula, es aplicar, según los casos, uno de los dos métodos terapéuticos siguientes: tratamiento incruento ó tratamiento operatorio, cuyas respectivas indicaciones y técnica es ocioso exponer, por sobrado conocidas, concretándose á manifestar que el tratamiento incruento se realiza por el método de Tilanus (reposo primero y masaje luego), por la inmovilización prolongada y por la punción articular (hemartrosis notable); y el tratamiento operatorio está integrado por la sutura de la rótula (Lucas Championnière), el cerclaje (Berger) y el hemicerclaje de la misma (Quenu), la sutura simple de las aletas rotulianas y planos fibrosos prerrotulianos (Vallas) y la resección subperióstica total de la rótula cuando la fractura es sumamente minuta.

El Sr. Solduga (con ingenio y perseverante estudio del asunto) ha ideado una modificación del cerclaje, con objeto de convertirlo en temporal y extraer el hilo metálico, una vez obtenida la consolidación, en vez de dejarlo abandonado en el espesor de los tejidos. Para ello se vale de dos hilos (en vez de uno solo, como emplea Berger); hace su torcedura á cada lado y deja exteriorizados los cabos, que salen por los ángulos de la incisión cutánea. Cuando se quiere retirar los hilos, se hace una pequeña incisión tegumentaria (que con la anestesia cocaínica local de Reclus es bien tolerada) hasta llegar al punto donde está torcido el hilo en un lado; se corta, y tirando luego de los cabos del lado opuesto, la extracción es fácil.

Consideraría excelente la modificación descrita (que he empleado tres veces, y con buen éxito las dos primeras), si la fractura iterativa sufrida por el último de estos tres operados, no me hiciera pensar que la permanencia del hilo (bien sea empleando el cerclaje, y mejor aun haciendo la sutura), cuya permanencia es inocua si el hilo es aséptico, como debe ser, y que recomiendan Championnière, Berger y Quenu en sus procedimientos, puede ser un excelente medio para prevenir la refractura, y ante un fracturado de rótula no sabemos, ni tenemos, ningún medio para poder colegir si en el porvenir sufrirá ó no otra fractura iterativa; dejando permanente el hilo, no habría necesidad de reoperarle, en el caso de que se reprodujera la fractura, porque llevaría ya el medio de sujeción de los fragmentos. Sólo el estudio comparativo de la evolución ulterior de varios casos operados por los diversos pro-

cedimientos de sutura y cerclaje, permitirá juzgar, en definitiva, el valor práctico de cada uno de ellos.

De todos modos, la modificación del Sr. Solduga merece plácemes.

#### Argumentación del Médico primero Sr. Sueiras.

Da la enhorabuena al Sr. Solduga por su feliz modificación, que la cree muy útil cuando está indicada la circunvalación temporal, que opina es tratándose de individuos cuyas ocupaciones no exijan grandes esfuerzos musculares, porque en estos casos cree preferible la circunvalación ó la sutura metálica definitiva; tal resulta en nuestros soldados en su mayor parte dedicados á trabajos rudos.

Pregunta al Sr. Solduga qué concepto le merece la sutura con material absorbible, sobre todo con tendón de kanguro cromado.

Manifiesta, con respecto á la frecuencia que, según la estadística del Boston City Hospital, en un total de 38.627 fracturas de todas clases hubo 660 de rótula, ó sea el 1,90 por 100, ocupando esta lesión el 13.º lugar entre sus congéneres, explicándose su rareza en nuestros Hospitales, por tratarse en su mayoría de individuos de veinte á veinticinco años, siendo la edad en que con mayor frecuencia se producen entre los treinta y los cincuenta años, correspondiendo su mayor rareza á los niños.

---

## LESIONES TRAUMÁTICAS DEL HOMBRO

---

Al ocuparnos en este curso de las luxaciones del hombro, hicimos gran hincapié en el estudio anatómico y fisiológico de la región, llamando la atención acerca de la importancia grande que tienen estos estudios, no sólo en ésta, sino en todas las regiones del organismo. Sin anatomía no hay Cirujano, y mucho menos Cirujano militar. Esto es claro, y ha sido siempre el caballo de batalla de nuestro querido amigo y compañero el Médico mayor Sr. Semprún,

á quien tanto debemos y de quien hemos recibido utilísima enseñanza. Como en clase siempre me inspiré en sus consejos, nada más natural que hacerlo constar aquí. Entre los datos anatómicos más salientes y de más interés para el estudio que hacíamos, la cápsula articular, entre otros, ocupa lugar preferente: nos fijamos en su gran resistencia y elasticidad, debida, no sólo á su constitución, sino también á medios extrínsecos, que, reforzándola ó apoyándola, aumentan sus medios de defensa.

Por un lado, algunos ligamentos como el fuerte y resistente coraco-humeral, que se inserta en la base y borde externo de la apófisis coracoides, debajo del ligamento coraco-acromial, y de ahí, cubriendo la articulación, va á insertarse en la parte alta del troquíter y cápsula. Este ligamento, no dudo de que se rompa alguna vez, pero en las 15 observaciones que presentamos siempre quedó intacto, y como desempeña un papel grandísimo en la anatomía patológica de las luxaciones, por la posición que ocupa, y que dificulta las maniobras que se emplean para las reducciones, debemos tenerlo muy presente y no olvidarlo; vienen después los gleno-humerales superior, medio é inferior, que no son más que condensaciones de la misma cápsula, y colocados, como sabemos, en su cara anterior. De los músculos que rodean la articulación parten hojas aponeuróticas que refuerzan la cápsula en todos sentidos, y que, indudablemente contribuyen á aumentar su elasticidad.

Aparte de estos ligamentos, existen músculos que por su tonus mantienen la cabeza humeral aplicada á la glena escapular; estos son el supra-espinoso, el intra-espinoso y el redondo menor, que se insertan en las tres carillas del troquíter; el sub-escapular, que por su ancho tendón se inserta en el troquín, y también se puede admitir el tendón de la porción larga del biceps, que por la corredera bicipital entre el troquín y el troquíter, va al vértice de la glena, pasando por encima de la cabeza humeral; también conviene recordar la manera de insertarse estos músculos en el omoplato y los demás músculos exteriores como el deltoides, pectoral mayor, gran dorsal, etc. Todos estos elementos entran en juego desde el momento que ocurre un traumatismo, y señalábamos la importancia que tiene la resistencia de cada parte, y no sólo ésto, sino que también el modo de verificarse el trauma ó punto donde gravitaba más; pero, á pesar de todo, puede decirse que lo más fuerte, lo más resistente—á lo menos en nuestras experiencias— es la cápsula articular.

lar; ésta no se rompe sola, siempre va precedida, ó de fractura ó de ruptura muscular, y para esto basta recordar los trabajos recientes inspirados en las radiografías y en nuestros trabajos en el cadáver. Podríamos sentar conclusiones cerradas, firmes; pero en Medicina no podemos ser *decididos*, hay que poner el *casi siempre* como pararrayos. Sin embargo, las 17 observaciones, 15 positivas, que insertamos, podrían autorizarnos á ser exclusivistas en esto; pero nos guardaremos mucho de hacerlo. Volviendo á la cápsula articular, los trabajos de Panas nos dicen que no pudo romperla con pesos de 600 kilos; pero que logró esto Jessler, combinando la tracción con la rotación, empleando pesos de 60 á 200 kilos. Esto es lo que hemos hecho nosotros, y en las observaciones que van á continuación se podrá apreciar el resultado obtenido. Antes es bueno que diga, que si bien es cierto que la rotación rompe las cápsulas con menos fuerza que en la tracción, esto es debido no sólo á que la fuerza desplegada ejerce su acción sobre menos superficie capsular, sino á que las partes óseas ó musculares, sometidas á una tracción localizada á una pequeña zona, no resisten; se rompen, y sólo entonces la cápsula se desgarrá en ese sitio; esto es lo que hemos visto en las observaciones que vamos á relatar, aunque posible es que cápsulas especiales débiles se rompan primero.

## I

Caso 1.<sup>o</sup> Cadáver de hombre viejo.—Hombro derecho: Se produjo luxación con fuerte movimiento de hiperabducción, chocando el cuello quirúrgico del húmero contra el acromión, la cabeza contra la parte inferior y anterior de la cápsula, teniendo la escápula fija; la variedad era preglenoidea, subcoracoidea. Incindidas las partes blandas, se vió que la cápsula se había roto por su parte infero-anterior; que existía infiltración sanguínea, fractura longitudinal en el tercio inferior de la cavidad glenoidea y del rodete, y que á esta altura se hallaba el desgarró capsular; el periostio, fibras del sub-escapular, con su bolsa sinovial, estaban también desgarrados y separados de la cara anterior del omoplato; de suerte que la ruptura de la cápsula había sido consecuencia de la fractura ósea.

En éste caso, la luxación es, primero, inferior; la cabeza del húmero sale por el ojal, y rueda por el borde anterior del cuello de

la escápula; pero luego la contracción del coraco-biceps, deltoides también, por un lado, y el pectoral mayor y gran dorsal, por otro, la elevan y aproximan al plano medio, ocupando entonces la epífisis humeral, el hueco infracoracoideo, borrándose, por lo tanto, el surco delto-pectoral, quedando, pues, constituida la variedad infracoracoidea, fácil de diagnosticar y de reducir.

Caso 2.º Cadáver de hombre viejo.—Hombro derecho: Igual movimiento que en el anterior; desgarro del rodete glenoideo en su parte inferior sin fractura; ruptura de la cápsula en ese sitio y salida de la cabeza.—Hombro izquierdo: Fuerte flexión con fijeza del omoplato; existía rotura del rodete á la altura del infraespinoso con desgarro capsular, desprendimiento del periostio y fibras de ese músculo. En este caso, la variedad era retroglenoidea, subespinosa, haciendo tracción las fibras posteriores del deltoides, elevando el brazo el coraco-biceps, y dificultando un poco el avance, hacia atrás, de la cabeza las fibras anteriores del deltoides, y el pectoral mayor con el sub-escapular.

Caso 3.º Cadáver de hombre viejo.—Hombro derecho: Hiperabducción y rotación externa, luxación subcoracoidea; se practicó la reducción por el proceder de Kocher, viéndose muy bien la aproximación de la cabeza al borde glenoideo en el primer tiempo; rodar y avanzar más en el segundo, y penetrar á través de la abertura de la cápsula en el tercero, que es, como se sabe, el que la relaja y afloja el ligamento coraco-humeral. Incindidas las partes blandas, se vió la ruptura de la cápsula en su parte anterior, con fractura del troquin, caída hacia delante del tendón del biceps. En este caso, el tendón mencionado, colocado alrededor del cuello humeral, tendría que dificultar la reducción por los procedimientos que no fueran el de Kocher, como, por ejemplo: el bárbaro de Cooper, llamado el del talón, ó el de abducción y extensión de La Mothe.—Hombro izquierdo: Flexión y rotación interna; ruptura alta de la cápsula; tendón del biceps al descubierto; desprendido el vértice del troquiter con su carilla superior, no salió la cabeza de su cavidad.

Caso 4.º Cadáver de hombre de unos treinta años, muy robusto: En el hombro derecho se hizo fuerte hiperextensión, apoyando en el acromiön con fijeza de la escápula y rotación interna; en el hombro izquierdo, rotación externa, y á pesar de repetir las maniobras é intervenir varias personas, no nos fué posible producir



luxación; incididas las partes blandas, no se vió más que distensión articular. En este caso, las superficies óseas y musculares resistieron, y por eso la cápsula permaneció intacta, á pesar de haber hecho fuertes rotaciones.

Caso 5.º Cadáver de hombre de unos cuarenta años, delgado.—Hombro izquierdo: Fuerte rotación externa, teniendo fija la escápula; se notó que la epífisis humeral estaba fracturada, pero sin separación de fragmentos. Incididas las partes blandas, se vió que existía una fractura de esa extremidad, situada, por fuera, en el cuello anatómico y troquíter; descendía adentro, pasando por debajo del troquin, casi comminuta en este sitio; la cápsula estaba desgarrada en algunos puntos de la fractura; la cabeza se mantenía en su sitio por impacto, por la cápsula y por las ramas aponeuróticas de los músculos. En este caso, al hacer la rotación, los músculos sub-escapular y supra-espinoso, así como la cápsula, resistieron la fuerte tracción; pero no así el hueso, que saltó en los sitios donde más gravitaba la fuerza, el troquíter y debajo del troquin, y, por otro lado, la cabeza, apoyada en la glena, no podía moverse por impedírselo la cápsula y los músculos.—Hombro derecho: Fuerte rotación adentro y abducción, fijación de la escápula; existía fractura del vértice de la coracoides, por tracción del coraco-biceps, manteniéndose el fragmento cerca por algunas fibras de periostio; fractura de la extremidad del acromión en trazo oblicuo transversal. En este caso no hubo rotura de la cápsula; la ruptura del acromión ha podido producirse por tracción de las fibras del deltoides y por el ligamento coraco-acromial. Si hubiera sido por presión directa del húmero sobre el acromión, el fragmento externo estaría por encima del interno y no por debajo, como estaba en este caso, y el trazo de la fractura en el fragmento desprendido, en vez de estar formado á expensas de la cara superior, lo estaría á la inversa. Si la apófisis coracoides hubiese estado intacta y todo el ligamento acromio-coracoides sano, la explicación sería por presión del húmero sobre el acromión, y el fragmento externo quedaría debajo, por sujetarlo el mencionado ligamento.

Caso 6.º Hombre delgado, de treinta á treinta y cuatro años.—Hombro izquierdo: Hiperabducción y rotación externa, fijación del omoplato, articulación intacta, fractura transversal de la escápula por debajo de la espina; en su parte interna, la línea de fractura estaba junto á ésta, separándose de ella á medida que se aproxi-

maba al borde axilar, en cuyo sitio la distancia al acromión era de tres á cuatro centímetros y casi comminuta. Nos explicamos esta lesión de la manera siguiente: el húmero, la cápsula, y los músculos fuertes y resistentes, soportaron la tracción, ejerciendo gran fuerza sobre el omoplato fijado, por medio de los músculos sub-escapular y redondo mayor en primer término, y, en segundo lugar, por el infra-espinoso y redondo, menor; los primeros, con el movimiento de rotación; los últimos, con el de separación.—Hombro derecho: Rotación interna y separación, rotura de la cápsula por su parte posterior, con los músculos redondo menor é infra-espinoso, desprendidos de sus carillas de inserción en el troquíter.

o Caso 7.º Cadáver de hombre de unos treinta años, fuerte.—Hombro derecho: Hiperabducción apoyando el húmero en el acromión; distensión de la cápsula, ligera rasgadura de ésta en su parte interior, con rotura parcial del triceps y redondo menor.—Hombro izquierdo: Fuerte rotación externa en flexión forzada, rotura de la cápsula en su cara anterior é inferior, y arrancados los músculos sub-escapular y supra-espinoso.

o Caso 8.º Cadáver de hombre robusto, de unos cuarenta y dos é cuarenta y cuatro años.—Hombro derecho: Rotación externa y fuerte abducción; rotura de la cápsula por su parte superior y posterior, con desgarró del supra-espinoso; desprendimiento del rodete glenoideo supero-externo con el tendón del biceps; fractura del vértice de la apófisis coracoides por tracción del coraco-biceps. Para explicarnos la desimplantación de la porción larga del biceps, y con él la ruptura del rodete glenoideo, y á fin de examinar la dirección de sus fibras, separé el tendón y el rodete, y todos pudimos ver que dicho tendón se implantaba por su base en la parte alta de la glena; pero que sus fibras se bifurcaban, ocupando los bordes de la cavidad glenoidea para formar el rodete glenoideo, y por eso la tracción del largo biceps desprendió una parte del rodete. Testut nos dice que la porción larga del biceps se implanta en la parte alta de la glena, y que sus fibras se confunden con el rodete; al describir éste, dice que hay separación entre él y el cartilago hialino de la glenoides; que se halla formado por fibras propias, por fibras de refuerzo que le manda el biceps, sobre todo para su porción externa, y en parte, fibras del triceps. En nuestro caso se veía que todas las fibras pertenecían al biceps, puesto que quedó al descubierta el cartilago diartrodial y casi el reborde óseo. Exami-

nando el biceps del otro lado, y desprendido, se vió que el haz externo y el interno del rodete salían por completo de él; el interno cruzaba, como se sabe, á modo de puente por la escotadura glenoides, similar á la escotadura isquio-pubiana del acetábulo: el tendón del biceps hace en la glena lo que el redondo en el cotilo.—Hombro izquierdo: Rotación interna, rotura del redondo menor y de la cápsula á esta altura, desprendido el rodete en su parte posterior formando fisura.

## II

Estas 17 observaciones son más que suficientes para comprender la anatomía patológica de estas lesiones; ellas nos prueban que en presencia de un traumatismo de esta índole hay que tener en cuenta, en primer lugar, la anatomía de la región, y después, el traumatismo, la dirección de las fuerzas, la posición, no sólo del cuerpo, sino de la extremidad, situación, edad, desarrollo muscular, etc. Con todos estos datos podremos encaminarnos hacia el diagnóstico, y así nos explicaremos por qué en un caso ocurre una fractura, en otro luxación, ruptura muscular, etc.

La edad influye mucho; hasta los veintidós ó veinticuatro años, porque en esa época la osificación de los puntos complementarios es total; y después de los cuarenta y cinco ó cincuenta años, porque comienza la osteoporosis, y, por lo tanto, las resistencias son menores. Reunidos estos datos, y con buenas radiografías, el diagnóstico es exacto, y entonces se verá que las luxaciones complicadas son más frecuentes que lo que se cree; y yo recuerdo varios casos de luxación de hombro con reducción completa, en que los resultados obtenidos no fueron muy buenos; había pérdida de un tanto por ciento en la función del órgano, é indudablemente en esos casos hubo, ó fractura parcial ó ruptura muscular; en algunos, la elevación del brazo costaba trabajo; en otros, la flexión, etc.; esto sin contar los casos en que existe lesión clara y evidente del nervio circunflejo. En resumen: podemos decir que en muchos, muchísimos casos, la luxación del hombro no es simple; va acompañada de alguna otra lesión más ó menos importante, y que merece que nos detengamos un poco, que recordemos la anatomía de la región; que se haga, á ser posible, una *buena radiografía*; que esta

sea bien interpretada, y que se implante el tratamiento adecuado. Haciéndolo así, no habrá sorpresas, siempre desagradables.

ENRIQUE PEDRAZA,

Médico mayor.

---

## NUEVO APARATO AUTOMÁTICO PARA LLENAR AMPOLLAS

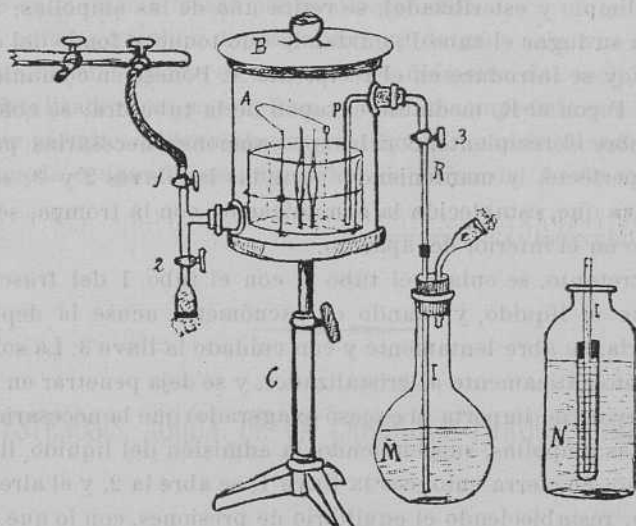
---

En la mayor parte de los dispositivos empleados para llenar ampollas de vidrio con soluciones inyectables por vía hipodérmica, se utiliza (si el procedimiento ha de dar el rendimiento que exige una elaboración industrial) la acción del vacío en el interior de una campana de cristal, debajo de la que se han colocado las ampollas dentro de un cristizador. El cierre hermético entre la campana y la losa de vidrio deslustrado en que se apoya, se favorece con vaselina ó una materia grasa que aumenta la adherencia.

A este sistema pertenecen los aparatos Eury, Raul-Neveu, Barrillé, etc., y el que ha trabajado con ellos, lo mismo que en aquellas otras operaciones de laboratorio que se utiliza el vacío en una cámara así formada, ha podido observar que, una vez terminada la operación, y cuando la presión interior queda restablecida por la entrada del aire, se halla tan fuertemente adherida la placa al borde de la campana, que á pesar de los deslizamientos de una pieza sobre la otra, hechos en todos sentidos, la separación de ambas se hace bruscamente, siendo muy fácil un choque y probable la rotura del cristizador si éste no es de un diámetro muy inferior al de la campana.

Teniendo esto presente, y en el deseo de utilizar para el objeto todo el espacio posible, al propio tiempo que obviar la dificultad señalada de una manera cómoda y sencilla, hemos seleccionado de entre los utensilios que ordinariamente se encuentran en todo laboratorio medianamente dotado, aquellos que nos han parecido más á propósito, y con ellos construído un aparato que representamos en la adjunta figura, con el cual hemos obtenido ventajas que no

lográbamos con los demás, y cuya composición y funcionamiento vamos á describir.



El aparato está constituido por un recipiente cilíndrico A, con dos tubuluras y borde esmerilado de los que se usan para refrigerantes, cubierto con la tapa B, que procede de un desecador al ácido sulfúrico.

A la tubulura inferior se ajusta, mediante un tapón de caucho, un tubo en forma de T, provisto de dos llaves de paso que establecen ó impiden la comunicación del recipiente con la trompa de vacío y un filtro de aire.

La tubulura superior lleva otro tapón de caucho, el cual, además de establecer el cierre de la misma, sirve para unir dós tubos decristal acodados: uno P, interior, cuya rama vertical llega al fondo del cristalizador que contiene las ampollas dentro del recipiente, y otro tubo exterior R, provisto de llave con la rama vertical más larga que la del tubo P.

Una sencilla armadura de alambre sujeta al cristalizador, permite introducir y extraer éste con las ampollas cómodamente, y, por último, un soporte C, de gran base de sustentación, sostiene á la altura conveniente todo el aparato, altura que se determina por la que alcanza el tubo I del frasco que contiene la solución esterilizada, y que se enlaza con el tubo acodado R.

*Funcionamiento.*—Del cristalizador lleno de ampollas vacías, sostenido por el cestillo ó armadura de alambre (todo perfectamente limpio y esterilizado), se retira una de las ampollas; se coloca en su lugar el tubo P, cuidando que toque al fondo del cristalizador, y se introduce en el recipiente A. Pónese en comunicación el tubo P con el R, mediante el tapón de la tubulura; se coloca la tapa sobre el recipiente, con las precauciones necesarias para el ajuste perfecto, y manteniendo cerradas las llaves 2 y 3, se abre la 1 para que, establecida la comunicación con la trompa, se haga el vacío en el interior del aparato.

Entretanto, se enlaza el tubo R con el tubo I del frasco que contiene el líquido, y cuando el vacuómetro acuse la depresión necesaria, se abre lentamente y con cuidado la llave 3. La solución pasa automáticamente al cristalizador, y se deja penetrar en cantidad mayor (no importa el exceso exagerado) que la necesaria para llenar las ampollas, suspendiendo la admisión del líquido, llegado este caso. Se cierra entonces la llave 1, se abre la 2, y el aire entra filtrado, restableciendo el equilibrio de presiones, con lo que se llenan todas las ampollas si todas están perfectamente cerradas por su extremo superior.

Ahora bien; en los demás dispositivos que al principio hemos citado, el líquido contenido en el cristalizador sobrante de llenar las ampollas hay que separarlo desmontando el aparato y exponiéndole á contaminación segura, por lo cual no se puede emplear sin nueva esterilización ó filtración; pero en el aparato descrito basta la sencilla maniobra de abrir la llave 3 para que los tubos P y R, que están llenos del líquido, constituyan un sifón que de manera automática también trasvase al frasco el líquido excedente.

Sólo falta extraer el cristalizador con las ampollas para su cierre y esterilización definitiva, y sin más que deslizar suavemente la tapa horizontalmente sobre los bordes del recipiente, se separa éste sin esfuerzo alguno, y después de desenchufar el tubo P del tapón que le sujeta, se coge el cestillo y sacan del aparato.

Colocando un nuevo cristalizador con ampollas, se repite la operación cuantas veces sean necesarias hasta agotar el líquido del matraz.

Para aquellos casos en que el operador se vea precisado á llenar ampollas con líquidos que se esterilicen por filtración, sustitúyase el frasco M del caso anterior por otro N de boca ancha que

contenga el filtro de porcelana sumergido en la solución, y para volver al frasco el líquido sobrante se desconecta el tubo I y se recoge en el mismo frasco por medio del sifón.

El número máximo de ampollas que de una sola vez pueden llenarse depende, como es natural, del diámetro del recipiente y del cristizador que se empleen, y bien se comprende que nuestro aparato permite utilizar sin riesgo alguno un cristizador cuya base pueda ocupar la casi totalidad del área del fondo del recipiente.

SATURNINO CAMBRONERO

---

### ESTENOSIS AGUDA DE LA LARINGE.—TRAQUEOTOMÍA

---

No sería bastante á justificar la publicación de esta historia clínica el recuerdo imborrable que nos dejó la intervención en este enfermo, debido á la extremada gravedad de su estado y á la aparición de una abundante hemorragia al incindir los tejidos pretraqueales, que nos produjo una indecisión momentánea respecto á la conducta que debíamos seguir, ya que teníamos presente el precepto de un insigne maestro, de no abrir aquel conducto hasta lograr una hemostasia completa, y que, de prolongarse unos segundos mi irresolución, no hubiéramos impedido la muerte del sujeto. La enseñanza que de tal hecho se desprende es la de rectificar el exclusivismo del referido autor, y ella es la principal razón para que dé á conocer esta interesante observación.

Hace algunos años, y encontrándome de servicio de guardia en nuestro Hospital de Carabanchel, fui llamado con urgencia, por el sanitario de igual servicio en una de las salas de Medicina, para que prestara asistencia á un enfermo de la misma «que se ahogaba». Sin perder un momento, me trasladé á aquella clínica, y me encontré en presencia de un soldado, M. G., que aquejaba un acceso tan grave de disnea laríngea, que exigía una traqueotomía de urgencia, disponiendo su inmediato traslado á la sala de operaciones para realizarla. No hay para qué describir la expresión de te-

ror que revelaba la fisonomía de nuestro enfermo, ya que es bien sabido de todos constituye uno de los rasgos más salientes de las estenosis laríngeas; y mientras le colocaban en la camilla, solicité algunos antecedentes respecto á su dolencia, manifestándome el sanitario, que había ingresado pocos días antes con una bronquitis, y que desde la noche anterior tiene fatiga que ha venido acentuándose hasta alcanzar las proporciones que ahora ofrece.

Puesto el enfermo en la mesa de operaciones, y al realizar la extensión del cuello, cesa la respiración; se le incorpora y vuelve á respirar, demostrándome su situación la necesidad de proceder con rapidez, por lo cual, y tan pronto como colocamos el cuello en extensión moderada, incindo piel y aponeurosis, y rapidísimamente llego á la tráquea; pero la última incisión, al herir el plexo venoso profundo, muy ingurgitado, produce abundante hemorragia, y de nuevo el enfermo cae en la apnea. Intento la hemostasia, que era imposible realizar porque exigía secar, aplicar pinzas, en una palabra, consumir un tiempo incompatible con la salvación del enfermo, produciéndome momentos de duda y angustia que es fácil calcular, y que no bastó á aminorar la grata é inesperada presencia de mi amigo Pedraza, diciéndome lo apremiante de la situación á abrir la tráquea, para lo cual, y á ciegas, ya que la sangre impedía el examen visual de las regiones profundas, introduje los dedos medio y pulgar á través de la herida y sobre las paredes laterales de la tráquea, que fijé, y entre ambos seccioné el segundo y tercer anillo, colocando la cánula y titilando el conducto respiratorio, á la vez que se practicaba la respiración artificial, logrando ¡al fin!, y al cabo de pocos minutos, sentir el aire á través del tubo metálico, y observando, con la satisfacción que es de presumir, que la hemorragia había cesado.

A los dos días examiné al enfermo, y pude observar una infiltración considerable de ambos aritenoides y de la región subglótica, algo menor de los repliegues ariteno-epiglóticos y bandas, lesiones de ambos vértices pulmonares y examen bacteriológico positivo de los esputos que nos daba el diagnóstico de la especificidad de la lesión laríngea, consecutiva á la pulmonar. Unas inyecciones laríngeas de aceite mentolado y el reposo del órgano restablecieron en breve su calibre, y nos permitió quitar la cánula, proponiéndole y siendo declarado inútil á poco, dada la naturaleza de su enfermedad.



No pretendimos el primer día averiguar por un examen local, de todo punto impracticable, la clase de lesiones que motivaban la estenosis laríngea, y que, de otra parte y cualquiera que fuera su naturaleza, no reclamaba menos formalmente una inmediata intervención; nos bastaba saber que el obstáculo tenía asiento en la laringe, y de ello no podíamos dudar por el intenso tiraje y el ruidoso cornaje que observábamos, y el grado de aquél y los síntomas de asfixia que ofrecía el enfermo imponían la conducta á seguir.

Nuestras dudas durante la operación tenían por base, según apuntamos, el juicio de autores respetables, pues aparte el precepto de Trousseau, de no abrir jamás la tráquea mientras haya hemorragia, conducta que mereció en los tiempos de ese ilustre clínico la aprobación de todos los médicos, y que llevó á algún autor á aconsejar un proceder especial aislando la tráquea de su cubierta antes de abrirla; aparte lo expuesto, lo que motivaba nuestra vacilación era el juicio de un hombre de tanta autoridad como saber, del ilustre *Farabeuf* (1), que, hablando de la traqueotomía rápida en el adulto, la califica de imprudencia, y más adelante agrega: «que es preciso no abrir la tráquea hasta haberla puesto completamente al descubierto y estar seguros, por la observación de algunas espiraciones, que la herida no sangra». Si hubiéramos seguido esa conducta, tenemos la absoluta certeza que nuestro enfermo no hubiera vuelto á la vida.

Y no holgará, y con ello tal vez logremos sean de alguna utilidad estos renglones, que enumeremos algunas de las principales complicaciones que pueden presentarse en la ejecución de la traqueotomía. En orden de frecuencia, y nos referimos á los médicos no familiarizados con la mencionada operación, la no incisión de la tráquea que se nos oculta, ocupa el primer lugar, siendo numerosos los casos en que el médico ha llegado hasta la columna vertebral sin alcanzarla; si ello es de extrañar tratándose de adultos, no ocurre así en el niño, y á especialistas renombrados ha ocurrido ese percance, pudiendo citar, en corroboración de lo que afirmamos, lo ocurrido á Mr. Marfan, en el Hospital de niños enfermos, en presencia de uno con gravísima estenosis, al que no pudo intubar, intentando la traqueotomía, sin lograr entrar en la tráquea en

---

(1) Précis de Manuel opératoire, par L. H. Farabeuf, pág. 1.015.

las tres tentativas que realizó, muriendo el enfermito asfixiado. No basta para explicar tales fracasos invocar el estado moral del médico frente á una situación emocionante en alto grado, y el hecho real es que existen verdaderas y grandes dificultades: basta con recordar el desarrollo del panículo adiposo en el niño, la longitud de su tráquea, que al año no tiene más de tres centímetros, su diámetro y flexibilidad y lo fácil de su desplazamiento, para explicarse la frecuencia de nuestros fracasos en esta edad.

Acaso en ninguna otra región anatómica influyan como en ésta las variaciones de su topografía en la mayor ó menor facilidad de nuestras intervenciones, pues desde los individuos con conducto laringo-traqueal prominente, glándula tiroides rudimentaria y más desarrollo vascular, y en los que la traqueotomía está al alcance de cualquiera, hasta los individuos de cuello corto y grueso, con gran desarrollo del sistema vascular que puede constituir un obstáculo casi insuperable por la abundantísima hemorragia, hay una serie muy extensa que comprende los casos más diversos. Con ello queda expuesta la importancia que en ocasiones reviste la hemorragia, y vamos á consignar la posibilidad de no interesar la mucosa al incidir los anillos traqueales, de éstos separada por un proceso patológico, exudado, edema, etc., dando lugar á que la cánula se introduzca entre ambas cubiertas, con grave peligro para el enfermo. Y vamos á terminar, señalando dos clases de accidentes que hemos observado y que no son frecuentes: uno de ellos, que lo ofrecía una sifilitica con estenosis, y que había sido con antelación traqueotomizada, consistía en la transformación de todos los tejidos de la región de la piel á la tráquea, en un bloque de tejido fibroso, quedando reducida la luz del conducto á proporciones inverosímiles, siendo su encuentro resultado de una laboriosísima disección, teniendo que excindir gran cantidad de tejidos; vimos el otro accidente en un hombre de unos cincuenta años, que presentaba osificados los anillos traqueales, que ofrecían al bisturí una resistencia insuperable, teniendo que emplear una cizalla, detalle que debemos tener presente cuando operemos sujetos de alguna edad.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

## PREPARACIÓN DEL CAFÉ EN CAMPAÑA

FILTRO «EN ROGNON» ADAPTADO Á UNA MARMITA DE CAMPAMENTO

Por M. le Dr. Bonnet,

Médico mayor de primera clase en el 39 Regimiento de Artillería.

El café es una bebida agradable, tónica, altamente apreciada del soldado francés, que en campaña puede rápidamente preparar su ración de café, mojando una ó dos galletas en esta infusión. «En 1870, dice Laveran, nuestros soldados han tenido que contentarse á menudo con este alimento, cuando el tiempo no permitía cocer los demás.» Su acción estimulante se aumenta todavía más por la potencia dinamogénica del azúcar, tan justamente llamada por los fisiologistas modernos «el carbón de los músculos», y cuya ración fuerte (en marchas y operaciones) acaba de elevarse á 80 gramos diarios.

En campaña tiene además la ventaja de que las infusiones de té y de café son medios fáciles de purificar las aguas sospechosas, hacen al agua cocida menos insípida y comunica á las aguas de Fortune propiedades bactericidas sobre las que Sucksdorf, Heine y Lüderitz han insistido particularmente.

En efecto; según estos autores, una infusión de 10 gramos de café por 100 gramos de agua, destruye las bacterias carbonosas y el bacilo del cólera en tres horas, el bacilo de Eberth en dos horas.

La preparación de estas bebidas higiénicas constituye, pues, un precioso correctivo de las aguas de alimentación, y esta importante cuestión merece fijemos en ella nuestra atención.

*Preparación del café.*—En el cuartel, el café se prepara actualmente en chocolateras ó mejor en marmitas noruegas especiales, cuyo empleo se generaliza mucho, en razón de las múltiples ventajas que presentan (vigilancia fácil, bebida siempre dispuesta por la noche, en caso de alarma, respecto del sueño de los cocineros, etcétera.)

En las maniobras y en campaña, esta preparación es más difícil. Allí, el soldado no posee ningún recipiente especial para hacer esta infusión. También utiliza como filtro diversos objetos de su equipo, tales como cubre-nucas, pañuelos, gorros de noche, etc., todo susceptible de colar el agua hervida.

Para remediar este inconveniente, la Autoridad militar adoptó, hace algunos años, el molino-filtro de café Klepper (V. Vol. XXXII, página 36, descripción del material de campaña), que semeja mucho al antiguo molino para café. Difiere de él por el filtro que reemplaza al fondo de la marmita y por la manivela movible, cuyas vueltas accionan la rueda del molino, á la vez que para levantar la cacerola filtrante de Klepper.

Además, la utilización de las pastillas de café comprimido, el elevado precio (5 francos), el notable peso (500 gramos) del aparato, han contribuído mucho á restringir el número y el empleo de estos molinos-filtros Klepper y hasta los antiguos molinos de café, que serán transportados en los coches de Compañía para ser utilizados excepcionalmente en caso de distribución forzosa del café tostado en grano.

Sin embargo, en campaña se impone el uso de un filtro para café, á fin de evitar la polución del agua que acaba de hervir; también hemos pensado, de acuerdo con Mr. Cordier, maestro armero de Regimiento, en dotar á cada unidad (á cada sección compuesta de 12 á 15 hombres), de un filtro ligero, cómodo, pudiendo adaptarse á todas las marmitas de campaña. Además, para obtener un café bien aromatizado y que no sepa á grasa, es preciso siempre servirse de la misma marmita, sobre la cual sería conveniente hacer gravar en letras mayúsculas la palabra CAFÉ para evitar las sustituciones.

*Composición del filtro propuesto.*— Este filtro se compone de un colador de hierro batido galvanizado, de 5 centímetros de altura y de 6 á 7,10 milímetros de grueso. Semeja á un grueso riñón, que reviste la forma y los contornos de las marmitas, en el interior de las cuales es colocado y llevado. En la parte superior terminan por un canto redondeado, consolidado por un alambre enteramente recubierto y formando un saliente exterior bastante notable para constituir un punto de apoyo sobre el borde libre de la marmita. En la parte inferior, un medio centímetro de reborde está doblado en ángulo recto hacia el interior. Sobre este reborde está fuertemente soldado un tamiz alambrado fino ó un tamiz plano formando fondo. Los agujeros de este último tamiz, igualmente espaciados, son en número de 6 por centímetro cuadrado.

El precio es poco elevado. Oscila según la clase de tamices (el tamiz plano, 50 céntimos; el tamiz alambrado, 85 céntimos). Este

último filtra mejor y más de prisa que el otro. Su peso es de 200 gramos.

*Ventajas.*—En las maniobras y en campaña, los filtros propuestos ofrecerían las siguientes:

1.<sup>a</sup> La utilización de las pastillas de café comprimido, no haciendo necesarios los molinos-filtros de Klepper; es necesario adoptar un filtro tipo ligero.

2.<sup>a</sup> Su adopción impediría á los soldados utilizar como filtro los diversos objetos de su equipo, el polvo de los cuales y el sudor ensuciaría el agua esterilizada por la cocción.

3.<sup>a</sup> Con su gran superficie, estos filtros «riñón» filtran rápidamente el café de un escuadrón (menos de cinco minutos).

4.<sup>a</sup> Sirviéndose siempre de la misma marmita, se obtiene un café muy sabroso y aromático.

5.<sup>a</sup> En marcha puede conservarse los restos, y con un poco de café nuevo, hacer bebidas higiénicas que corrijan las aguas que se encuentren, tan á menudo dudosas, y puedan fácilmente absorber 80 gramos de azúcar.

Estas diversas ventajas (café bien preparado, purificación de las aguas sospechosas, absorción agradable de la fuerte ración de azúcar, etc.) hacen esperar que la adopción, poco costosa, de estos filtros será tomada en consideración por la autoridad militar, que se preocupa tanto de la salud de los hombres en campaña.

Por otra parte, estos filtros han sido probados en 1910 por las baterías de mi Regimiento en el campo de tiro de Mailly y en las grandes maniobras de otoño. Durante estos ejercicios han sido altamente apreciados por soldados y Oficiales, que han podido desde aquel día saborear el aroma de un café bien filtrado, bien azucarado, no notando la grasa, porque para esta preparación había exclusivamente una marmita tan tónica y tan cara en el palacio del soldado francés.—(De la *Revue d'Hygiene et de Policé Sanitaire*, 20 de Mayo de 1911.)

---

## VARIEDADES

---

El 26 del pasado, aniversario del fallecimiento de nuestro inolvidable compañero D. Angel de Larra, inteligente Director que fué de esta REVISTA, se dijeron misas en la Iglesia de las Reparadoras por su eterno descanso.

Reiteramos á su afligida familia nuestro más sentido pésame, estimando el envío del recordatorio que tuvo la atención de dedicarnos.

\* \* \*

Ha salido para París y Berlín, en Comisión oficial por el Ministerio de la Guerra, el distinguido Médico mayor D. Francisco Fernández Victorio,

\* \* \*

Con sentimiento hemos sabido que el Médico segundo Sr. Artal, del tercer batallón del Regimiento de Melilla, sufrió una caída del caballo en el campo exterior de aquella plaza, fracturándose un brazo.

Celebraremos su pronta y completa curación.

\* \* \*

Terminado el oportuno expediente, se ha dado á la imprenta el resumen de la estadística sanitaria del Ejército, correspondiente al año 1909.

\* \* \*

En la formación de tropas habida con motivo de la procesión del Corpus Christi, de esta corte, tomaron parte dos compañías de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, al mando del Médico mayor Sr. Masfarré, apreciándose en dicha fuerza un admirable estado de presentación y marcialidad.

\* \* \*

El Dr. Mesnney, Médico de Infantería colonial, Director de la

Escuela Imperial china de Medicina, en Tien-Tsin, acaba de morir de una manera heroica, á consecuencia de la peste neumónica.

El Director, sintiéndose malo, analizó sus esputos, y viéndose irremediabilmente perdido, encargó al Cónsul se hiciera cargo de su testamento y unas cartas, previa desinfección, y que las enviara á su mujer y su hija. Se despidió del Cónsul, sin poder estrechar su mano para evitarle el contagio, y sonriendo, el cigarrillo en la boca, y seguido del *boy* chino que estaba á su servicio, subió al coche sanitario... la cabeza erguida como los girondinos camino del cadalso.—(*René Lebant.*)

\*  
\* \*

Muy mejorado de la neuralgia lumbar que le retuvo unos días en su domicilio, ha vuelto á encargarse de su importante destino el Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar D. José de Laealle.

Mucho celebramos su restablecimiento.

\*  
\* \*

Con objeto de difundir las ventajosas condiciones para obtener los beneficios del Colegio de Huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar, y muy especialmente para que llegue á conocimiento de los tutores ó de las viudas de nuestros compañeros, hacemos presente que para el ingreso en dicho establecimiento únicamente se necesita la instancia, dirigida al Excmo. Sr. Presidente de la Asociación, acompañada del acta de nacimiento de él ó los hijos, y aunque no estuviera ésta expedida, se admite la solicitud y surtirá sus efectos hasta que pueda ser aquélla presentada.

Los internos en el Colegio tendrán derecho, á más de su sostenimiento é instrucción, á los gastos que ocasionen los estudios de sus carreras ó profesiones. Fuera del Establecimiento también tendrán derecho á pensión los niños, cuando lo permitan los fondos.

En cuanto á las niñas, se gestiona su admisión en un Colegio de religiosas, en tanto no haya dependencias para ellas, teniendo derecho también, en su defecto, á la pensión domiciliaria.

Los beneficios de la Asociación los disfrutarán las hembras desde el fallecimiento del padre hasta los veinticinco años, y los varones, desde esa fecha hasta cumplir la mayoría de edad, si antes no hubieran terminado una profesión que les facilite medios de vida.

La edad para el ingreso en el internado será desde los seis á los diez y nueve años.

Los que excedan de esta edad pueden recibir las enseñanzas como externos.

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

**La úlcera del yeyuno después de la gastro-enterostomía**, por J. Exalto. (*Mitteilungen ans den Grenz gebieten der Medizin und Chirurgie* t. XXIII, 1911.)—Después de detenidos estudios y concienzudas investigaciones, el autor ha llegado á las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La úlcera yeyunal, después de una gastro-enterostomía, se debe á la acción del jugo gástrico sobre la mucosa intestinal.

2.<sup>a</sup> Dado el estado actual de nuestros conocimientos, no nos es posible afirmar si son indispensables lesiones de la mucosa traumáticas ó de cualquier otro origen para que la úlcera se produzca, ó si basta por sí solo el exceso de acidez.

3.<sup>a</sup> Se debe rechazar en absoluto la gastro-enterostomía en Y de Rou y las gastro-enterostomías completadas por una entero-anastomosis á lo Braun.

4.<sup>a</sup> El método que parece exponer menos el desarrollo de la úlcera del yeyuno es la gastro-enterostomía posterior, retro-cólica, de Von Hacker, hecha lo más cerca posible del duodeno.

5.<sup>a</sup> El tratamiento consecutivo de los gastro-enterostomizados por úlcera gástrica, recurriendo á un régimen severo y á los alcalinos,

es importante factor de protección contra la úlcera del yeyuno.—*Juarrros.*

\*  
\*\*

**Epidemia de peste en Lang-son en 1909.** (*Le Caducée*, Mayo 1911.)—Mr. Pormagrae comunica á la Sociedad de Patología exótica la observación siguiente: Al comienzo de la epidemia, hizo uso del suero de Yersin para las inoculaciones preventivas. El número de éstas fué 406.

Entre los inoculados una vez, se produjeron tres casos de peste: el uno á los nueve días y los otros dos á los tres, después de la inoculación; dos de ellos terminados por muerte. En general, las inoculaciones del suero de Yersin han sido bien reputadas.

Desde la segunda quincena de Mayo, empleó en las inoculaciones preventivas exclusivamente la vacuna del Instituto Pasteur de Paris: 1.195 personas (398 europeos y 797 indígenas) fueron vacunados por este procedimiento. En la mayoría de los sujetos no hubo ni reacción local ni general apreciable; las personas inoculadas han manifestado que soportan mejor la vacuna de Haff Kinne que el serum de Yersin.

Entre los 1.195 vacunados, ningun-



no ha contraído la peste, y debe hacerse notar que entre estos vacunados figuran: el personal del lazareto; el de la Marina, en que hubo un caso; los compañeros de habitación de un militar europeo atacado, y numerosos indígenas que habían convivido con apestados; en vista de esto, no puede atribuirse á la casualidad el que hayan sido preservados.—*J. P.*

\* \* \*

**Empleo del agua oxigenada para la investigación de materias colorantes artificiales en ciertos medicamentos, y en particular en los zumos vegetales.** (Mlle. Marie Paul, *J. Ph. Ch.*, 1910, 289.)—Esta investigación está fundada en el poder decolorante del agua oxigenada sobre la mayor parte de los principios naturales de origen vegetal ó animal, mientras que su acción es negativa sobre las materias colorantes derivadas de la brea de hulla.

Se opera en tubos de ensayo á la temperatura ordinaria, empleando 20 c. c. de  $H_2O_2$  y 3 á 10 c. c. de zumo vegetal: cerezas, frambuesas, grosella, etc.; el vino se comportaría igual que estos últimos. La decoloración se obtiene al cabo de cuarenta y ocho horas, aproximadamente.

Entre las materias colorantes artificiales, no decoloradas por el  $H_2O_2$ , se citan con especialidad el pardo Bismarck, el clorhidrato de rosanilina, el rojo Burdeos, la fuchsina.

Los productos vegetales que contienen clorófila quedan verdes después del tratamiento por  $H_2O_2$ ; pero agitando con algunos c. c. de

bencina, queda completamente incoloro el líquido subyacente.—*S. C.*

\* \* \*

**La sordomudez adquirida, debida á la sífilis hereditaria,** por Jearsley.—Después de exponer su extrañeza, porque asunto de tan grande interés haya sido poco estudiado, ha examinado varios enfermos de sífilis hereditaria, 9 niños y 8 niñas, desde el punto de vista clínico de la sordomudez; antes de seis años no existe la sordera, y como á esta edad los niños saben ya hablar, no se hacen mudos. Ha encontrado los dientes de *Hutchinson* y los síntomas oculares en la mitad de los casos, y cree que la sordera se presenta de los ocho á los veinticinco años, pudiendo presentarse más tarde, á los cincuenta años, en un sujeto.

El examen funcional demuestra se trata de una sordera total, debida á lesión del oído interno, siendo frecuentes las alteraciones del aparato transmisor, pues sólo en un caso estaba el tímpano normal.

Nada de particular ha encontrado en la nariz de once sujetos, lo que no carece de importancia, si se piensa en el papel que se le ha asignado á la heredo-sífilis en el ozeña.—*Santaló.*

\* \* \*

**Faringectomía por linfosarcoma de la amígdala.**—M. Goris presentó ha poco, á la Sociedad belga de Cirugía, una mujer, á la que tres días antes había extirpado un voluminoso linfosarcoma de la amígdala derecha, que se extendía por la hipofaringe y alcanzaba á la columna vertebral.

La técnica empleada fué la siguiente: traqueotomía y taponamiento de la hipofaringe con torundas de algodón esterilizado; incisión de la mejilla en todo su espesor, desde la comisura hasta el pilar anterior, evitando herir el conducto de Stenon; un ayudante separó entonces la lengua, mientras otro cogía el tumor con una pinza-erina. Incisión del pilar anterior por encima del tumor, que se dislocó hacia fuera por medio de los dedos; sutura de los ángulos de la herida con catgut y sutura endérmica de la piel.

M. Goris, que ha practicado tres veces esta misma operación, ha obtenido siempre resultados satisfactorios. —*Juarros.*

\*\*\*

#### **Eczema de los niños de pecho tratado por la opoterapia tiroidiana.**

(*Bulletin Médical.*)—Desde hace dos años, M. Rocaz ha sometido al tratamiento tiroidiano la mayor parte de los niños de pecho afectados de eczema, que él ha tenido ocasión de observar, habiendo obtenido excelentes resultados. De sus observaciones se desprende que los niños cuya dermatosis parece provenir de una intoxicación digestiva y en los caquéticos atacados de gastroenteritis crónica, aquella medicación no produce efecto alguno. Pero en los sujetos, grasos, obesos, de herencia artrítica, cuya afección cutánea no es mejorada por ningún tratamiento ni cambio de régimen alimenticio, la tiroidina produce frecuentes éxitos, especialmente en el eczema seborreico.

Esta medicación está exenta de peligros. M. Rocaz administra á sus enfermitos una dosis inicial muy

débil: 5 centigramos de tiroides por día, aumentándole progresivamente á 10 y 15 centigramos.—*J. P.*

\*\*\*

#### **La apendicostomía y la cecostomía en el tratamiento quirúrgico de las colitis rebeldes,** por Jacob (de Val-de-Grace). (*Société de Chirurgie*, 7 de Abril de 1911.)—Dos observaciones de disenteria, gravísima, que, habiendo hecho fracasar todos los recursos médicos, fueron tratados con éxito por la apendicostomía un caso y por la cecostomía el otro. He aquí las conclusiones á que llevan á Jacob estos y otros casos análogos:

Toda colitis disentérica grave y rebelde á un tratamiento médico bien conducido, prolongado durante tres ó cuatro meses, debe ser tratada quirúrgicamente.

La apendicostomía, operación sencilla, benigna, no deja tras sí deformidad alguna. Es la intervención de elección: practicada á tiempo, puede proporcionar una curación completa.

La cecostomía, operación más complicada y más grave, se reservará para los casos en que se imponga el reposo completo y rápido del intestino grueso, en las cuales constituye la probabilidad de salvación para el enfermo.—*Juarros.*

\*\*\*

#### **Investigación del alcohol amílico en los líquidos espirituosos.** (H. Hollander, *Ap. Ztg.*, 1910, 53, según *Anales des Falsifications*, Abril, 1910.)—Destílese 25 c. c. de aguardiente con 1 c. c. de potasa normal; añádase á 5 c. c. del producto des-

tilado un volumen igual de ácido acético concentrado, y se hierva la mezcla durante un minuto. Sobre ésta se vierte una gota de fenilhidrazina pura, se hierva de nuevo y se deja enfriar. Vertiendo ahora con precaución sobre el líquido precedente ácido clorhídrico, se observa en la zona de separación de ambos líquidos un anillo verde ó verde esmeralda intenso, debido á la formación del clorhidrato de acetamifenilhidrazina.—S. C.

\* \* \*

**Tratamiento del cáncer ulcerado, inoperable, por el alcohol amílico.**

(*Annali di Medicina Navale.*)—El alcohol amílico, ó de patata, es un poderoso parasiticida. Horand (*Pres. Méd.*) pone de 3 á 10 gotas, dos veces al día, sobre la llaga cancerosa y de olor repugnante, y observa una secreción abundante de líquido cargado de toxinas y de cadáveres de parásitos, bien visibles al ultramicroscopio. La superficie se reduce y se seca, el olor nauseabundo desaparece, y el enfermo mejora, duerme, se nutre y adquiere resistencia. Ciertamente, no se obtiene la curación por este tratamiento, pero favorece al enfermo, y permite al Médico irle conllevando.—J. P.

\* \* \*

**Descapsulación renal en la uremia,** por Th. Gümbel. (*Deutsch Med. Wochenschrift*, núm. 13, 1911.)—

Niña de seis años, con ataque de uremia, que no logran curar ni atenuar los procedimientos ordinarios. Se decide, en vista de ello, la descapsulación.

Incisión lumbar oblicua para des-

cubrir el riñón derecho. Incisión sobre el borde renal convexo, seccionando cápsula y corteza incompletamente. En seguida, el dedo despegó fácilmente la cápsula. Taponamiento y suturas. La operación sólo duró algunos minutos.

Al día siguiente, 7 gramos de albúmina; antes de operada, 16. Tres días después, no había albúmina. A las cinco semanas, cicatrización completa y perfecto estado de salud. El examen de un trozo de tejido renal, extraído durante la intervención, puso de relieve edema y exudación en los glomérulos y degeneración grasosa bastante acentuada del epitelio de los canaliculos uriníferos. Este género de intervenciones debe limitarse á las nefritis médicas agudas y crónicas, escogiendo como momento aquel en que el tratamiento médico no produce alivio alguno ó coincide con una agravación de los síntomas.—*Juarrros.*

\* \* \*

**De la regeneración de las cuerdas vocales,** por A. Ivanov.—Es interesante esta nota, porque se viene hablando, hace no poco, de regeneración de las cuerdas, y en dos enfermos con pericondritis de la laringe consecutiva á la fiebre tifoidea, y que han sufrido la ablación de las cuerdas, demuestra el examen microscópico que en las cuerdas neoformadas, las fibras elásticas y los haces musculares habían sido reemplazados por tejido conjuntivo.—*Santaló.*

\* \* \*

**Los sueros gelatinados en la etiología del tétanos.**—Se sabe que, desde hace algunos años, han sido se-

ñalados casos de tétanos á continuación de inyecciones subcutáneas de sueros.

Estos accidentes los atribuye M. R. Abry, en su «Thèse de l'Ecole supérieure de Pharmacie de Montpellier», á preparaciones defectuosas de las gelatinas comerciales.

La presencia del bacilo tetánico no es, sin embargo, tan frecuente como se cree en las primeras materias empleadas por la industria de las colas y gelatinas. Además, los procedimientos usados actualmente para la transformación de los despojos animales en gelatinas son tales, que aquel bacilo, como cual-

quier otro microorganismo patógeno, no puede pasar desde dichos productos á la gelatina, después de las cuidadosas manipulaciones á que son sometidos, entre ellas el paso por el autoclave á 135°. Es más lógico atribuir la contaminación violenta á la corriente de aire frecuentemente cargado de partículas terrosas, á que es sometida la gelatina en la operación de desecharla.

M. Abry recomienda esterilizar con esmero los sueros gelatinizados, sometiéndolos á una temperatura de 134° durante quince ó veinte minutos.—J. P.

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

**Camilla-tienda improvisada.** (*Le Caducée*, Abril 15.)—El Dr. Romary, Médico mayor de segunda clase, tomando como tipo el sistema de cama de que se sirven los leñadores de los alrededores de Belfort, cuando acampan en el bosque, propone, como medio de transporte cómodo, durable y sin el inconveniente de dislocarse las distintas piezas, como ocurre con otros medios improvisados, el siguiente:

Siete barras de madera resistente, lo más rectilíneas posible, cuya longitud será de 1,80 m., á excepción de los largueros, que tendrán 2,25, para aprovechar el sobrante de los extremos como punto de prehensión para los camilleros. Su disposición de cobertizo en A, cuyo travesaño fuese más inferior que en esta letra

y constituyese el verdadero lecho (tela, lona, etc.), la hace muy sencilla y acomodada para que pueda á su vez ser transportada con el herido, en vagones, coches, etc. Los medios de unión de las distintas piezas pueden constituirlos tuercas y tornillos, y, á falta de éstos, alambres, cuerdas, etc. El cabecero puede ser formado por una almohada cualquiera, capote ó colcha arrollada.

Una vez desmontada esta camilla, se cierra como un libro y se acomoda perfectamente como carga, siendo su peso de 13 kilogramos, ó sea 3 kilogramos más que la camilla reglamentaria, y pudiendo construirse con ciertos utensilios que suelen llevar las tropas á campaña.

Una hora es suficiente para llevar

á cabo esta obra por un obrero poco hábil y provisto del material necesario.—*J. P.*

\* \* \*

**La denominación de no-combatientes dada á los Médicos militares en Francia.** (*Journal de Médecine et Chirurgie*, Mayo 1911.)—Un Corresponsal del *Petit Parisien* transmite la relación, hecha por el Teniente Gumdfelder, del combate de N'Delé, en el cual tomó parte y en el que fué muerto el Sultán Snusi. Por esta noticia se ve hasta qué punto es exacta la calificación, un poco desdeñosa, de *no-combatientes*, dada á los Médicos militares.

«El combate fué muy violento; empezó á las ocho y media de la mañana y no terminó hasta las seis de tarde, después de una lucha encarnizada, por el asalto de la última de las «tatas» en que se habían refugiado los musulmanes. La primera «tata» fué destruida por la explosión de los barriles de pólvora que contenía, poco después de la muerte de Snusi, produciendo muchas bajas entre los enemigos.

La cuarta compañía se condujo valientemente, por más que poco á poco fueron aclarándose las filas. Yo caí al suelo con un muslo atravesado después que cayeron bastantes tiradores. Poco después cayó también el sargento Juani, con el fémur fracturado, y los nuestros empezaron á ceder; pero el Médico Dr. Minar, abandonando los heridos, se lanzó hacia adelante y reanimó el valor de la tropa, que bien pronto pudo imponerse á los súbditos de Snusi.

Del Dr. Minar (dice el Teniente) nunca podré hacer elogios bastantes; no solamente por su valor an-

te el enemigo y su intervención en el combate, sino por los cuidados prodigados á los heridos, gracias á los cuales pudimos ganar la costa sin que se agravase el sargento Juani.»

Hasta aquí el relato del periódico profesional francés, que creemos digno de ser conocido de nuestros compañeros, pues aunque en España tenemos ejemplos múltiples y bien conocidos, de servicios puramente militares y de combate, prestados por Médicos militares en ocasión bien difíciles, bueno es que por todas partes se reconozca que, particularmente en las guerras extra-europeas, el Médico militar puede ser llamado á combatir personalmente, y á dirigir fracciones de tropas privadas de los Jefes, y resulta, por tanto, bien poco apropiada esta denominación ó clasificación de no-combatientes.—*J. P.*

\* \* \*

### **Estudios sobre los portadores de bacilos tíficos en los reclutas de la guarnición de Stettin.**—De un estudio

llevado á cabo por el Médico militar Hüne, en la sección de bacteriología del Instituto Químico Higiénico del segundo Cuerpo de Ejército alemán, extractamos las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La aglutinación ha revelado aquí, lo mismo que en la epidemia de tifoidea padecida en Hannover, en el verano de 1909, la existencia de portadores de bacilos en los sujetos clínicamente sanos. Se impone una revisión de los métodos para descubrir estos portadores de bacilos.

2.<sup>a</sup> Proposiciones:

a) Los que curan de una tifoidea

serán licenciados desde el hospital, y á su vuelta, antes de incorporarse al Cuerpo, se examinarán sus heces y orinas. Los exámenes bacteriológicos se harán: el primero á los tres meses de terminar la enfermedad, el segundo á los seis meses y el tercero al año.

b) Los convalecientes de tifoidea que después de tres meses de terminar la enfermedad sean portadores de gérmenes, serán inútiles temporales.

c. En los reclutas y soldados que se revelaron como portadores de bacilos, deben repetirse los exámenes para, si se ven persistir los gérmenes en sus excrementos y orinas, exigir su separación de las filas. (*Deust. Milit. Zeitsch.*, 1911, número 6.)—*F. G. D.*

\* \* \*

**Aumento del personal de Médicos militares en Francia.** (*Journal de Médecine et Chirurgie*, Mayo 1911.) La Cámara de Diputados acaba de aprobar un proyecto de ley que fija el número de Médicos militares del Ejército (aparte de las tropas coloniales), y que presenta un aumento

de 235 sobre el actual cuadro, quedando en la forma siguiente:

Inspectores generales (Generales de División) .....	5
Inspectores (Generales de Brigada).....	20
Principales de primera clase (Coroneles).....	50
Idem de segunda (Tenientes coroneles).....	95
Mayores de primera clase (Comandantes) .....	370
Idem de segunda (Capitanes)	580
Ayudantes mayores (Tenientes), comprendidos los alumnos de la Escuela.....	590
<i>Total</i> .....	1.710

El Ministro de la Guerra ha pedido una nota de los estudiantes de Medicina incorporados á las filas que deseen continuar sus servicios en la Argelia.

También ha dado una circular prohibiendo á los estudiantes de cualquier carrera, que estén en filas, el matricularse y presentarse á exámenes, ni pedir ningún permiso para separarse de ellas para estudios, exámenes ú oposiciones, con objeto de que no se resienta su instrucción militar.—*J. P.*

## SECCIÓN OFICIAL

10 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 28) desestimando instancia del licenciado absoluto D. José Sabaté Llop, en súplica de que se le conceda ingreso en la Reserva facultativa del Cuerpo, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Farmacia, toda vez que el interesado no pertenece ya al Ejército.

- 10 Junio..—Real orden (*D. O.* núm. 130) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. Mateo Andreu Domenech, al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo, al primero don Francisco Escapa Bravo, y al provisional D. César Jaque Laurel.
- 12 » Real orden (*D. O.* núm. 129) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Cuerpo que deseen asistir á la reunión de la Asociación de Cirujanos militares, que ha de celebrarse del 26 al 29 de Septiembre próximo en Milwanka. Estado de Wisconsin, eleven instancia al Ministerio de la Guerra, antes del 31 de Julio próximo, por conducto del Inspector ó Jefe de Sanidad respectivo, quien informará si puede accederse á la petición del solicitante, sin perjuicio del servicio, debiendo disfrutar en dicha comisión los Jefes ú Oficiales designados el sueldo entero de su empleo, pero sin ventaja alguna extraordinaria.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 129) concediendo la gratificación máxima de 1.500 pesetas anuales, desde 1.º del corriente mes, al Médico mayor, con destino en el Instituto de Higiene Militar, D. Alberto Ramírez Santaló.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 135) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Rafael Chicoy Arreceigor.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 129) disponiendo que el Jefe y Oficiales Farmacéuticos de Sanidad Militar, comprendidos en la siguiente relación, constituyan el Tribunal que ha de juzgar los exámenes que, para cubrir plazas de practicante y mozos, se han de efectuar en la Farmacia militar de esta Corte, núm. 3, el día 19 del actual, con arreglo al Reglamento de 9 de Mayo de 1908 (*C. L.* núm. 77):
- Farmacéutico mayor:* D. Enrique Izquierdo Yebra, Jefe de la Farmacia militar núm. 3.
- Farmacéuticos primeros:* D. Miguel Rivera Ocaña, Farmacia militar núm. 2; D. Luis Gil Izaguirre, Farmacia militar núm. 3; D. Joaquín Más Guindal, Farmacia militar número 4, y D. Manuel Vicioso Martínez, Farmacia militar núm. 1.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 129) concediendo el retiro para la

- Coruña al Subinspector Médico de segunda clase D. Marcial Barreiro Martelo.
- 14 Junio...—Real decreto (*D. O.* núm. 130) disponiendo cese en el cargo de Inspector de Sanidad Militar de Melilla y pase á situación de Reserva, á solicitud propia, el Inspector Médico de segunda clase D. Gerardo Mariñas Sobrino.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 130) autorizando al Inspector Médico de segunda clase, en situación de Reserva, D. Gerardo Mariñas Sobrino, para que fije su residencia en la Coruña.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 130) nombrando Inspector de Sanidad Militar de Melilla al Inspector Médico de segunda clase D. Enrique Sánchez Manzano.
- 16 » Real orden (*D. O.* núm. 131) disponiendo que los Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo, comprendidos en la siguiente relación, pasen á servir los destinos que en la misma se les señalan:
- Farmacéutico primero:* D. Francisco de Cala Martí, excedente en la primera Región y en comisión en la Farmacia militar de Madrid, núm. 3, á igual situación en Melilla y en comisión á los Hospitales de dicha plaza.
- Farmacéuticos segundos:* D. Adriano Panadero Marugán, de la Farmacia sucursal de Sevilla á situación de excedente en la sexta Región y en comisión á la Farmacia militar de Burgos; y D. Pío Font Quer, excedente y en comisión en la Farmacia militar de Burgos, á la Farmacia militar de Madrid, núm. 3, de plantilla.
- » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina concediendo la pensión anual de 1.250 pesetas á la viuda del Médico mayor retirado D. José Alonso Clemades.
- 21 » Real orden (*D. O.* núm. 136) disponiendo que el Médico primero D. Víctor Herrero Díez-Ulzurru continúe el curso de ampliación de bacteriología y análisis en el Instituto de Higiene Militar, y que, una vez concluido, efectúe seguidamente la incorporación al Batallón Cazadores de Fuenteventura, 22, al que ha sido destinado por Real orden de 29 de Mayo último (*D. O.* núm. 116).