

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO V.

MADRID 1.º DE JUNIO DE 1891.

NÚM. 95.

## DE LAS AMPUTACIONES Y RESECCIONES EN CAMPAÑA <sup>(1)</sup>

### II

**Intervención quirúrgica en campaña, en relación con la especial que nos ocupa.**

Aunque debiera, por la íntima relación que todos los servicios tienen en campaña, no es mi ánimo hacer en este lugar un estudio detallado, para sus aplicaciones á la Sanidad militar, de la disposición del Cuerpo de Ejército en las circunstancias más generales que puede encontrarse, ó sea para atacar ó para resistir, ni en los distintos momentos por los que puede pasar dentro de esas condiciones, retiradas, movimientos envolventes, cambios de lugar, ataques centrales para fraccionar al enemigo, cambio de posiciones, etc., etc.; las circunstancias varían al infinito, y sólo queda, como única para nuestro fin, la unidad de acción del Cuerpo de Ejército con respecto á cada una de sus fracciones.

En retirada ó avanzando, las distintas unidades apóyanse mutuamente; la caballería, conteniendo con cargas ordenadas á la infantería contraria, protege la suya para la retirada. La artillería, en los movimientos de retirada de la caballería, contiene con sus fuegos la contraria y apoya directamente á la infantería, que cuando está colocada en terreno desigual no puede contar con el apoyo de los caballos; en todo este conjunto, todas las unidades se protegen mutuamente, siendo entre ellas accesible el paso, *condición precisa para poder retirar los heridos.*

Indicado esto, voy á suponer que en las primeras líneas, en unos y otros puntos de la de fuego, nos encontramos con heridos de distintas categorías en cuanto á los traumatismos recibidos: ó lo son por arma de fuego de pequeño calibre, ó lo son por las de grueso calibre, ó por sable, bayoneta, etc., por traumatismo directo en una caída ó por cualquier otro accidente. En todos ellos nos hemos de suponer que han de ser heridos única y exclusivamente en las extremidades; regiones que son las que nos importan para el objeto del tema que desarrollo.

(1) Véase el número 94.

**A. HERIDAS CAUSADAS POR ARMAS DE FUEGO DE PEQUEÑO CALIBRE.**—Los heridos que lo son por estas armas, aparte de otros muchos traumatismos que por ellas pueden sufrir, presentan como más importantes las heridas causadas por los proyectiles en las partes blandas exclusivamente, ó en éstas y en el paquete vascular, ó en los dos anteriores y en el paquete nervioso, ó en todo lo anterior y en el hueso, horadándolo, rasándolo ó fracturándolo.

El proyectil puede herir únicamente las partes blandas, siguiendo una línea más ó menos recta, que es la que siguen con los modernos fusiles. Al penetrar puede quedar en las masas musculares ó puede salir haciendo un orificio mayor que el de entrada; puede salir y dejar en su trayecto cuerpos extraños que arrastre; ó puede penetrar y salir sólo, hiriendo ó no, el paquete vásculo-nervioso y fracturando ó no el hueso.

Los vasos y los nervios, al ser heridos, pueden ó ser seccionados por completo ó en parte, ó ser destrozados en un punto cualquier por el efecto explosivo del proyectil. El hueso, al ser también herido, lo es en su diáfisis, ó en su epífisis ó en sus superficies articulares, constituyendo en este último caso una herida de articulación.

En cualquiera de los traumatismos indicados, la intervención quirúrgica en el puesto de socorro ó primera línea en Cuerpo de Ejército se reduce, á mi modo de ver: á cohibir la hemorragia, si existe, nunca con percloruro de hierro; inmovilizar la fractura, si la hay, y ocluir con gasa sublimada, algodón hidrófilo ó tapón hemostático el trayecto hecho por el proyectil, é inmediatamente conducir á la ambulancia el herido para ser transportado al Hospital de Sangre.

Si la extensión de terreno que ocupa el Cuerpo de Ejército es grande, y si los flancos de acción son perpendiculares entre sí y en dos direcciones también perpendiculares, puede ocurrir que los puestos de socorro comprendidos hacia el ángulo de las dos alas que forman las primeras líneas de fuego, estén relativamente tan distantes del servicio sanitario del Cuerpo de Ejército que la conducción inmediata del herido no sea posible en plazo breve; en este caso se le tiene que conducir al servicio sanitario de división y en él clasificar por categorías de los traumatismos á los recibidos; éstos, al terminar la acción, pueden ser transportados al Hospital de Sangre ó al servicio Sanitario del Cuerpo de Ejército, debiéndose cumplir en cada uno de ellos las indicaciones precisas.

*Indicaciones especiales de la intervención quirúrgica en estas heridas.* No he de tratar aquí (pues no es objeto del tema y sí de una obra especial de intervenciones quirúrgicas en campaña) cada una de las indicaciones que pueden presentarse en este servicio escalonado y sí

sólo de las que á mi juicio pueden indicar una amputación ó una resección.

*Primera.*—Si el proyectil hirió, rasando ó seccionando el paquete vásculo-nervioso, y fracturó completa ó incompletamente el hueso, debe amputarse el miembro herido.

*Segunda.*—Si el proyectil penetra en una articulación, saliendo ó quedando en ella, debe hacerse la abertura parcial de la articulación y resecar toda la parte comprendida en el trayecto, ó por lo menos someterla á un completo y concienzudo raspado.

*Tercera.*—Si al penetrar un proyectil en una articulación hace efecto explosivo, fracturando las epífisis, y deja en su trayecto cuerpos extraños, debe amputarse.

*Cuarta.*—Si el proyectil, al penetrar en una extremidad, solamente fractura el hueso, pero por movimientos intempestivos al ser conducido en la camilla ó á hombros el herido, cualquiera de los extremos del hueso fracturado sale por alguno de los orificios de la piel, debe amputarse, en la mayoría de los casos.

*Quinta.*—Si el proyectil, hiriendo una arteria, fractura al propio tiempo uno de los huesos del antebrazo ó pierna, y en el último caso principalmente el peroné, debe researse cuando la fractura sea cominuta ó esté el hueso astillado en totalidad ó en parte.

*Sexta.*—Debe amputarse si son los dos huesos los fracturados en condiciones análogas á la anterior.

Las indicaciones enunciadas anteriormente son las que también deben llevarse á efecto cuando el herido es conducido directamente al Servicio Sanitario del Cuerpo de Ejército, variando aquéllas únicamente cuando se trate de heridas hechas en las articulaciones; en éstas, la amputación se impone cuando el proyectil, al hacer efecto explosivo, traumatiza de tal modo las epífisis y los tejidos blandos articulares, que no es posible esperar, por medio de una corrección antiséptica, la regeneración aséptica de los tejidos; ni tampoco es posible pensar en otro tratamiento, que no sea la amputación, cuando además de la herida articular, el paquete vascular es lesionado también. En los demás casos, la resección ó el raspado son preferibles, para de este modo procurar la anquilosis.

**B. HERIDAS OCASIONADAS POR PROYECTILES DE GRUESO CALIBRE.**—Estas heridas son las que presentan traumatismos más considerables é indicaciones más limitadas.

Cuando los fragmentos de una granada, ó cuando la metralla de un proyectil actúa sobre los tejidos, lo hace de un modo idéntico que las balas de fusil, tercerola ó revólver; pero cuando los fragmentos son grandes, ó actúa el proyectil íntegro, los traumatismos son, en general, de cuatro órdenes distintos: ó avulsionan un miembro por

completo; ó le contunden, fracturando el hueso con ó sin herida cutánea; ó destrozan, avulsionando, una porción de los tejidos blandos; ó, finalmente, además fracturan ó astillan el hueso.

En casi todos estos casos, excepción hecha de algunos del último grupo, la indicación única es la amputación, y en el primero, ó sea cuando el miembro es avulsionado, es preciso hacerle en el mismo puesto de socorro, ó sea en la ambulancia, pudiendo en los demás casos, aun en las heridas articulares, transportar á los heridos en las condiciones necesarias para ser tratados en el Hospital de Sangre.

Las HERIDAS DE SABLE, por lo general contusas é incisas, aunque fracturen el hueso, no requieren por el pronto más que un tratamiento de fractura en el puesto de socorro, y si la fractura es expuesta, una corrección antiséptica en el servicio sanitario del cuartel general. En las FRACTURAS POR CAÍDA Ó POR TRAUMATISMO INDIRECTO, las indicaciones no varían gran cosa de las anteriores.

En lo que antecede nos suponemos que el servicio sanitario se lleva á cabo con toda la perfección necesaria, encontrándonos, por lo tanto; en las mismas condiciones que las demás fuerzas del Cuerpo de Ejército, pues para nuestro fin las materias antisépticas, los instrumentos quirúrgicos, los vendajes, los medios de transporte de los heridos, las maniobras necesarias de las ambulancias, etc., son respectivamente lo mismo que la pólvora, los cañones, las municiones en una batería de artillería, ó el despliegue en guerrillas de una columna de infantería; si no contamos con esto, es inútil reglar toda intervención médica, dejando de ser, como es, una verdadera especialidad, y muy importante, la intervención del Médico como Médico militar en campaña.

Hasta aquí hemos expuesto solamente las indicaciones quirúrgicas que se presentan en el servicio sanitario del Cuerpo de Ejército y en cada uno de los factores que lo constituyen. El servicio de Brigada no lo he mencionado por la sencilla razón de que en Cuerpo de Ejército constituye un factor del servicio sanitario de División, y las indicaciones quirúrgicas que á aquél concernían se asimilan á éste por ser uno solo, actuando en Cuerpo de Ejército unido.

Las dos condiciones generales que indiqué al principio, en las que puede el Cuerpo de Ejército encontrarse, avanzando ó en retirada, no modifican gran cosa las indicaciones ya dichas, porque en el caso de que la retirada no sea ordenada, las mismas contingencias desgraciadas que se presentan para perder material de guerra ó tener que dejar prisioneros, pueden presentarse para no poder prestar auxilio á un herido. Si la retirada es ordenada, pero, aun á pesar de ello, no es posible una intervención muy activa en los puestos de socorro, debe el Médico militar, aun con riesgo de su vida, cohibir una he-

morragia, disponer la colocación de los fracturados en las camillas y en los coches, y amputar ó regularizar la sección hecha en un miembro por un casco de granada.

(Continuará.)

MIGUEL SLOCKER.

Médico segundo.

---

## TRATAMIENTO DE LA ERISPELA

(Conclusión.)

Como se ve, material no falta y medios no escasean; pero los resultados que con la mayoría se alcanzan, distan mucho de ser lo inmejorables que sus preconizadores aseguran.

Unos, como las inyecciones subcutáneas, son de aplicación dolorosa; otros, como la tintura de iodo, el nitrato de plata y el ácido fénico en soluciones concentradas, determinan la destrucción de las partes enfermas, exigiendo para su reparación más tiempo, quizás que para la terminación espontánea del proceso, y suelen dejar cicatrices; otros, como el alcanfor, la trementina, la creosota, la resorcina, el iodoformo, el triclorofenol y la creolina, son bastante infieles, y aun en ocasiones fallan por completo; y hasta el mismo sublimado dista mucho de merecer los exagerados elogios que se le tributan.

Pero si estos medicamentos no han logrado alcanzar la curación rápida y perfecta del proceso morboso que se estudia, á pesar del gran poder parasiticida de la mayoría, existe uno que sin ser tan eminentemente antiséptico y sin poseer acción antizimótica tan rápida y enérgica como el iodo, el sublimado ó el nitrato de plata, ha logrado alcanzar lo que aquellos no han podido conseguir. Este medicamento es el ácido salicílico,  $\text{HC}^7\text{H}^5\text{O}^3$ .

El ácido salicílico fué obtenido primero por Piria en 1839, tratando por la potasa la esencia de la reina de los prados, *Spirea Ulmaria*, y más recientemente por vía de síntesis, destilando el ácido carbónico á través del fenol, por Rabbe y Lauteman.

Cuando está puro, se presenta en forma de cristales prismáticos aciculares, casi insolubles en el agua fría, pero solubles en el agua hirviendo, alcohol, éter y soluciones de citrato y acetato amónico, fosfato de sodio y borax, dando sus soluciones con el percloruro de hierro, una coloración violeta.

Aparte de su especialidad en el reumatismo, establecida por Stricker en 1876 y de su acción antitérmica, señalada por Russ, en 1874, el ácido salicílico es un poderoso antiséptico que coloca Miguel en el tercer grupo de su clasificación, es decir, entre las substan-

cias fuertemente antisépticas, bastando 1 gramo del medicamento para esterilizar completamente un litro de caldo é impedir su fermentación.

Desde hace tres años (y á propósito de haberlo visto aconsejado, no recordamos por quién) venimos empleando el ácido salicílico, como tópico, en la erisipela; y desde entonces no hemos obtenido más que triunfos.

Cuatro ó cinco veces al día, se extiende con un pincel por toda la parte afecta, y algunos centímetros de la porción sana que circunscribe la placa erisipelatosa, un linimento formado con 50 gramos de agua de rosas, 50 de glicerina y 4 de ácido salicílico. Desde el primer momento, la erisipela deja de extenderse, limitándose á la porción que ya había invadido. Al día siguiente la fiebre descende, la mancha roja toma un color más obscuro que se acerca al violado, hasta desaparecer por completo, la piel afecta se descama y la enfermedad cura en un período variable entre tres á seis días. Ni una sola vez hemos observado recidiva.

En cuanto á su modo de obrar, no puede ser otro que destruyendo el agente específico, matando al estreptococo de Fehleisen.

Ahora bien; quizás ocurra preguntar, cómo el ácido salicílico logra este resultado más pronto y completamente que el bicloruro hidrargírico, á pesar de ser éste mucho más antiséptico que aquél, pero este hecho, que á primera vista parece extraño, se explica, no obstante, de un modo satisfactorio, teniendo en cuenta la especial susceptibilidad de algunos microorganismos, para determinados antisépticos.

¿Acaso la quinina no posee contra el agente específico de la malaria, sea este el bacillus de Klebs ó la oscillaria de Laveran, una acción mucho más enérgica que los antisépticos más poderosos? ¿Acaso el mismo ácido salicílico no destruye más pronta y completamente el micrococo de Papoff, productor del reumatismo, que ningún otro parasitocida? ¿Acaso los mercuriales no tienen una acción específica sobre el bacillus de Lutgarsten? ¿Acaso no la ejerce el naftol sobre el bacillus de Ebert y Gaffki, y el iodoformo sobre el microbio productor del chancroide? Si esto es, pues, así, y reconocido está por todos, nada de extraño tiene que el ácido salicílico posea una acción especial sobre el estreptococo erisipelatus.

Por lo que á nosotros concierne, podemos asegurar que no nos ha fallado nunca, y que tanto en nuestra práctica particular, como en la hospitalaria, el resultado ha sido siempre prodigioso.

Como prueba evidente de lo que decimos, vamos á terminar con la exposición de nuestras estadísticas, advirtiendo antes, que la falta de datos en algunos de nuestros enfermos particulares, nos impide presentar esta estadística detallada, viéndonos reducidos á ha-

cerlo en conjunto; que los diez primeros casos de la estadística hospitalaria, han sido tratados por nosotros mismos durante el periodo que interinamente asistimos las salas 11 y 12, mientras que los restantes, lo han sido después y por su jefe Sr. Cordero, que aceptó nuestro procedimiento; que las observaciones han sido recogidas por el sargento de dichas clínicas encargado también de practicar las embrocaciones, y que en las salas 13 y 14, que también incidentalmente visitamos y en las que seguimos el tratamiento instituido por su jefe Sr. Pellicer (glicerina sublimada al 1 por 1.000), ningún enfermo ha curado antes del décimo día.

ESTADISTICA

Práctica particular.

Erisipela de la cara, 13 casos.

Erisipela de los miembros inferiores, 4.

Total, 17.

En ninguno de ellos se ha extendido el proceso más allá del punto que ocupaba al comenzar el tratamiento, y todos han curado antes del sexto día.

Práctica hospitalaria.

Clinicas.	Observaciones.	Región erisipelada.	Fecha en que empezó el tratamiento.	Fecha en que terminó.	Días.
Hospital militar de Madrid, Salas 11 y 12. (Clínica Médica.)	I	Cara.	15 de Marzo.	18 de Marzo.	3
	II	Id.	16 »	20 »	4
	III	Id.	21 »	26 »	5
	IV	Id.	25 »	31 »	6
	V	Id.	28 »	1.º de Abril.	4
	VI	Id.	29 »	1.º »	3
	VII	Id.	2 de Abril.	5 »	3
	VIII	Id.	3 »	8 »	5
	IX	Id.	3 »	7 »	4
	X	Id.	4 »	6 »	2
	XI	Id.	5 »	10 »	5
	XII	Pierna.	8 »	11 »	3
	XIII	Cabeza.	10 »	16 »	6
	XIV	Cara.	20 »	24 »	4
	XV	Pierna.	23 »	29 »	6
	XVI	Cara y cabeza.	27 »	30 »	3
	XVII	Cara.	28 »	1.º de Mayo.	3
	XVIII	Pierna.	30 »	4 »	4
	XIX	Cara.	1.º de Mayo.	3 »	2
	XX	Id.	2 »	5 »	3
	XXI	Id.	2 »	5 »	3
	XXII	Id.	3 »	6 »	3

En resumen: se han tratado 22 erisipelatosos, de los que han curado 2 en dos días; 9 en tres; 5 en cuatro, 3 en cinco, y 3 en seis; no habiéndose extendido la enfermedad ni recidivado en ninguno de ellos.

E. PÉREZ NOGUERA.  
Médico segundo.

---

## SACARÍMETRO DE EINHORN

---

Por el interés práctico que ofrece, traducimos á continuación, para conocimiento de nuestros lectores, la comunicación con que ha respondido el doctor Max. Einhorn, de New York (1) al ruego que le dirigió Mr. Dujardin-Beaumetz solicitando detalles relativos al sacarímetro de que aquél es inventor:

«En un trabajo publicado el año 1885 por los *Virchow's Archiv.* (T. CII, p. 268), tuve ocasión de demostrar que el único método seguro para averiguar la presencia del azúcar en la orina es el de la fermentación. Los demás métodos, ó sean el de reducción y el de polarización, no satisfacen en un principio, porque la orina normal contiene una serie de sustancias reductoras, que convierten los óxidos en oxidulos; y después, porque dicho líquido contiene elementos dextrógiros, que pueden conducir á errores en casos en que no exista realmente azúcar, y sustancias levogiras que anulen en otras ocasiones la retroversión del azúcar que exista.

El método de la fenilhidrazina, tan recomendado últimamente, presenta también inconvenientes y tampoco es positivo, por cuánto el ácido glicurónico da, con dicha substancia, cristales que es muy difícil distinguir de los que forma la fenilhidrazina con el azúcar.

Así es que puede decirse que el método de la fermentación es, en efecto, el único que puede demostrar exacta y seguramente la presencia del azúcar en la orina. Sin embargo, este método no se ha generalizado entre los prácticos, ni siquiera se ha hecho común entre los químicos, porque resultaba demasiado complicado: se utilizaba al efecto, generalmente, una campana de mercurio, y se hacía el ensayo á una temperatura de 30°C., y este procedimiento, aunque muy exacto, no está exento de complicaciones para la práctica.

Tales inconvenientes me impulsaron, en un trabajo publicado en el *New York Medical Record* (1887, p. 91), á remitir los dos mencionados tiempos, que complican mucho el ensayo; y he podido per-

---

(1) *Bull. gen. de Therap.*, t. CXX, 10<sup>e</sup> livraison, 15 marzo 1891.



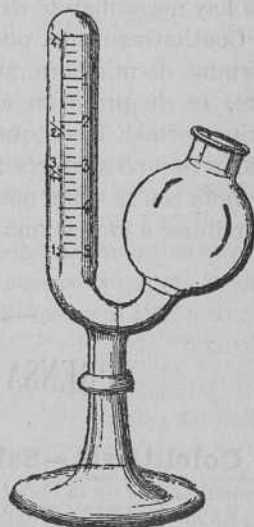
suadirme de que, aun con esta modificación, se logra demostrar la presencia de  $\frac{1}{10}$  por 100 de azúcar; á la temperatura ordinaria y sin oclusión alguna, el análisis por fermentación resulta sencillo para los prácticos. Sin embargo, he procurado aumentar el valor del mismo, facilitando por medio de una mensuración empírica de los volúmenes gasométricos de cantidades fija de azúcar, no sólo la demostración de la presencia de esta substancia, sino también la determinación aproximada de la cantidad en que se halle la misma; y he visto que sirviéndose de un tubo de fermentación, cuya parte cilíndrica tenga 6 centímetros cúbicos de capacidad, corresponde á

$\frac{1}{8}$	por 100 de azúcar, una vacuidad de	$\frac{1}{10}$	centímetro cúbico.
$\frac{1}{4}$	»	una íd. de	$\frac{2}{5}$ »
$\frac{1}{2}$	»	una íd. de	2 centímetros cúbicos.
$\frac{3}{4}$	»	una íd. de	$3\frac{2}{5}$ »
1	»	una íd. de	5 »

Las fluctuaciones debidas á la diferencia de temperatura y á la altura de la presión barométrica, resultan insignificantes: ascienden todo lo más á  $\frac{2}{5}$  de centímetro cúbico y me parece que pueden dejarse de tener en cuenta.

Para facilitar la demostración, he hecho gravar los valores medios terminados por dicho procedimiento, en los puntos correspondientes del cilindro. De este modo, tan luego como se termine la fermentación, basta examinar el nivel del líquido para conocer inmediatamente la cantidad de azúcar que contiene. El tubo de fermentación, provisto de la mencionada escala, se conoce con el nombre de *sacarímetro*.

*Método.*—Se ponen el tubo de fermentación 10 centímetros cúbicos de la orina que se quiera examinar, mezclado con 1 gramo de levadura fresca. Se mueve cuidadosamente el tubo hasta que la levadura quede repartida por igual; viértese después el líquido en la parte esférica del sacarímetro, y dando á esto una posición oblicua se hace entrar aquél en la parte cilíndrica del mismo, ocupando el lugar del aire desalojado. Entonces se deja el aparato en reposo, á la temperatura ordinaria, por espacio de 15 á 20 horas, durante las cuales se efectúa la fermentación. Si hay azúcar en la orina, se forma en la parte superior del cilindro—por la presencia de ácido carbó-



nicó desarrollado durante la fermentación—un espacio mayor ó menor que acusa la existencia de dicha substancia. Al día siguiente, no hay más que examinar el nivel del líquido en el cilindro para conocer el tanto por ciento en que se encuentra la azúcar.

Las orinas diabéticas deben diluirse previamente en agua en la proporción siguiente:

Densidad . . . . .	1.018 á 1.022,	dilución doble.
— . . . . .	1.022 á 1.028,	dilución quintuple.
— . . . . .	1.028 á 1.038.	dilución décupe.

en consecuencia habrá que deducir que la orina original (esto es, la no diluida), contiene el doble, el quintuplo ó el décuplo de azúcar, de lo que marque la escala del sacarímetro, según el grado de dilución á que se haya sometido.

Conviene emplear en los análisis por fermentación, dos sacarímetros: uno con orina normal y otro con la que haya de ensayarse. En el primero, la bóveda del cilindro permitirá ver una burbujita de gas del tamaño de la cabeza de un alfiler; mientras que en el segundo aparecerá completamente vacía desde el momento que el azúcar se encuentre en la proporción de 1 por 1.000.

Puede acelerarse el progreso de fermentación operando á una temperatura de 30 á 36 grados centígrados; entonces bastan por lo general tres horas para terminar el ensayo; pero no siendo éste urgente, no hay necesidad de recurrir á dicho procedimiento.

Cualitativamente, puede apreciarse la presencia del azúcar en el término de una hora, aun á la temperatura ordinaria; más en este caso es de precisión absoluta efectuar la contraprueba, con una orina normal. Basta que exista  $\frac{1}{10}$  por 100 de azúcar para que en dicho tiempo aparezca una burbuja de gas mucho mayor que la que se nota con la orina normal, con la cual suele no observarse nada ó percibirse á lo más una pequeñísima burbuja de aire.»

Trad. por L. A.

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**Colelitiasis.—Salol.**—Con motivo de una discusión mantenida recientemente en la *Société Médicale des Hopitaux*, acerca de la utilidad del aceite de olivas en los casos de cólico hepático, los Doctores Gaillard y Chauffard han dado á conocer los buenos resultados que produce en dicha enfermedad el empleo del salicilato de sosa y del ácido salicílico.

El Doctor Chauffard prefiere el salol á estas últimas substancias, porque ofrece la ventaja siguiente; una parte del medicamento pasa íntegra á los

intestinos, donde ejerce una buena acción antiséptica: y la otra se desdobra en ácido fénico y ácido salicílico, utilizándose de este último antiséptico la rara propiedad que posee de eliminarse por las vías biliares.

(*La Med. Moderne.*)

\* \* \*

**Cefalalgia.—Ácido fénico.**—Teniendo en cuenta los excelentes resultados obtenidos por Kunze en el tratamiento del reumatismo articular por las inyecciones hipodérmicas de ácido fénico, L. Vazi ha empleado este mismo medicamento en casos de cefalalgia de origen diverso.

De las observaciones practicadas, resulta que el ácido fénico (lociones de las partes dolorosas de la cabeza con una solución acuosa al 2 ó 3 por 100) hace desaparecer el dolor con una rapidez asombrosa, y ha producido este buen efecto aun en casos rebeldes á todos los medicamentos empleados ordinariamente.

(*Med. chir. Rundsch.*)

\* \* \*

**Torticolis espasmódico.—Sección del nervio espinal.**—M. Sauthans cita tres casos de torticolis muy intensos, sobrevenidos, sin causa apreciable y rebeldes á todos los medios ordinarios de tratamiento, que cedieron á una sencilla intervención quirúrgica.

En los tres casos se practicó una incisión de 7 á 8 centímetros á lo largo del borde anterior de la extremidad superior del externo-cleido-mastoideo y se resecó cerca de 1 centímetro del nervio espinal.

(*Bull. gen. de Therop.*)

\* \* \*

**Chalacion. —Inyección antiséptica.**—Utilizando la anestesia conjuntival, descubierta por Koller, y fundándose en las experiencias de Poncet y Boucheron, por las cuales se demostró la naturaleza parasitaria del chalacion, el Doctor Santos Fernández propone, contra esta afección, la operación siguiente:

«Vuelto el párpado superior donde esté implantado el chalacion externo, se advertirá en la cara interna del cartílago una zona de tres ó cuatro milímetros de diámetro, en que no se observa el color rojo que afecta la conjuntiva parpebral al invertirse el párpado, cuya cara interna tapiza, sino cierto aspecto blanco sucio, tal vez debido á la isquemia parcial que produce en aquella parte del cartílago el tumor formado por el chalacion; pues aquel sitio corresponde exactamente á una parte de la superficie del tumor; esta circunscrita región es la designada para hacer una punción con un cuchillo de Graefe ú otro análogo, v. g., el de Petit; acto continuo se vacía el quiste y se procede á hacer una inyección de un líquido antiséptico que puede ser una disolución de creolina, ácido fénico ó bicloruro de hidrargirio, á dosis apropiadas. Estas inyecciones se repiten de dos á tres veces al día y cuando el tumor corresponde á los de mayores dimensiones, y después de vaciado no se recogen rápidamente las paredes del quiste, debe cubrirse la

piel del párpado de una ligera y limitada capa de colodión ricinado, que al desprenderse devuelve á la superficie del párpado su perfecta uniformidad.»

(*Cron. med. quir. de la Habana*).

\* \* \*

**Vermes.—Naftalina.**—Las observaciones llevadas á cabo por el Dr. Mirovitch demuestran que la naftalina constituye un precioso recurso terapéutico para conseguir la expulsión de la tenia, preferible á la corteza de granado, la peletierina, el helecho macho, el kouso, etc., por la seguridad de su acción y por su inocuidad, debida esta última á la débil proporción de medicamento que se absorbe por la mucosa intestinal.

La naftalina se administra á los niños con arreglo á la fórmula siguiente

Naftalina.....	30 á 50 centigramos.
Aceite de ricino.....	15 gramos.
Esencia de bergamota.....	2 gotas.

M. Para tomar de una vez en ayunas.

Los adultos pueden tomar, también en ayunas, hasta un gramo de naftalina en un sello, y después 30 gramos de aceite de ricino. Durante los dos días que preceden al señalado para hacer uso del medicamento, conviene que el enfermo haga uso de alimentos salados, ácidos y picantes.

En todos los casos tratados por el Dr. Mirovitch, una sola dosis de naftalina ha determinado la expulsión completa de la tenia, aun en los sujetos en quienes habían sido ineficaces los demás tenifugos; y á juicio del citado autor, esta substancia es el remedio más seguro para la expulsión de las ascárides.

(*Sem. Méd.*)

\* \* \*

**Muermo. — Fricciones mercuriales.**—Ciertas analogías clínicas entre la sífilis y el muermo, y las propiedades microbicidas del mercurio, sugirieron al Dr. Gold la idea de emplear las fricciones mercuriales en dos casos de intoxicación muermosa. En los dos enfermos coincidían los síntomas bronquiales y la fiebre con un considerable número de focos (nódulos indurados, tumefacciones blandas con fluctuación, y hasta flegmonosas); y examinados el pus y la serosidad de estos focos en el laboratorio microbiológico de Odessa, se pudo comprobar la existencia de ambos productos de las bacterias características del muermo. Inyectados á varios conejos los cultivos de estas bacterias, provocaron una infección muermosa tipo, que mató á los animales sometidos á la inoculación.

En los dos casos citados se practicaron fricciones dos veces al día, con dos gramos de unguento mercurial doble, se hizo uso del clorato de potasa en gargarismo, y se trataron los focos locales con las cataplasmas y la incisión, seguida de lavados con la disolución de sublimado y la aplicación de gasa iodoformada.

A pesar de que el estado general de los dos aldeanos enfermos era poco satisfactorio, soportaron bien las fricciones, y desde un principio se notó la beneficiosa acción de este tratamiento. Los dos curaron; uno á las 68 y otro

á las 62 fricciones, y uno de ellos, que sufrió la infección en el año 1888, disfruta en la actualidad una salud completa; se ha casado y tiene varios hijos.

(Sem. Méd.)

\* \* \*

**Dispepsia.—Pan tostado.**—Las investigaciones del Dr. Bovet acerca de la química de la digestión gástrica, demuestra, según este autor, que el pan blanco ordinario se deja atacar difícilmente por el jugo gástrico, y da lugar á fermentaciones, cuyos perjudiciales efectos conocemos. El pan moreno se digiere mucho más fácilmente; sigue á éste el pan tostado, y figura en primera línea el pan de legúmina diastasado por la pepsina vegetal. Por otra parte, si el pan blanco suministra 1 de productos asimilables, peptonas, etc., el pan moreno da 2 1/2, el pan tostado 5, y el diastasado, 12.

Teniendo en cuenta los datos que anteceden, el Dr. Bovet hace fabricar pan diastasado para los dispépsicos, diabéticos y obesos; y con objeto de favorecer la acción del jugo gástrico, aconseja se tueste al horno este pan.

(Prog. Méd.)

\* \* \*

**Tratamiento de la cirrosis alcohólica.**—Admitida su curabilidad, antes tenida por imposible, por algunos, siquiera pocos, cabe en lo factible establecer un *modus vivendi*.

Esto se logra: 1.º, suprimiendo el uso del alcohol; la continuación de éste es la muerte; se ha de reemplazar por la leche; 2.º, el ioduro potásico, manejado á dosis débiles por Leudet, á mayor cantidad (2 á 3 gramos) por Lancereaux, é inútil hoy desde los estudios de Nothnagel, debe ser reemplazado definitivamente por los calomelanos: 1 á 2 centigramos por la mañana durante meses; 3.º, atendiendo á las indicaciones sintomáticas: hemorragias, trastornos digestivos, anemia; 4.º, combatiendo la ascitis.

La ascitis se ataca mediante: *a*, sudoríficos; *b*, diuréticos: la copaiba (Duffin), la digital (Jones), el nitrato de potasa; Millard usa la siguiente posición con buen resultado:

Bayas de enebro.....	10	gramos
Agua hirviendo..	200	»
hágase infusión y añádase:		
Nitrato potásico.....	} aa.....	2 »
Acetato » .....		
Oximiel escilítico.....	20	»
Jarabe de cinco raíces.....	20	»

para tomar en el día en 4 ó 5 dosis; los enfermos la aceptan bien, y puede ser empleada meses enteros; en fin, la lactosa, que no hay inconveniente en mezclar con la leche, y que es á la par que un alimento muy digerible, absolutamente inocente para el hígado y el mejor de los diuréticos; *c*, purgantes: goma gutta (Leudet), ruibarbo (Frerichs), aguardiente alemán, escamonea, y sobre todos, los calomelanos, que son diuréticos, colagogos y purgantes.

Cuando la ascitis es muy considerable, hay que dejar todos estos medicamentos y recurrir á la punción como *ultima ratio*, como operación de urgen-

cia. En algunos casos tal vez sea preciso repetirla una y muchas veces; recordemos que Lyons consiguió que desapareciera en un enfermo, después de haber realizado 36 veces la paracentesis.

(*Gac. Méd. Catalana.*)

\* \* \*

**Fiebre amarilla.—Cámara polar.**—El Dr. Le Roy de Mericourt ha participado á la *Academie de Medecine*, que el Dr. García encierra á los enfermos de fiebre amarilla en una cámara de dobles paredes, que se llama *cámara polar*. En el espacio que media entre las dobles paredes de la cámara se coloca el hielo necesario para que la temperatura interior descienda de 10° á 0°, y somete al enfermo á una dieta absoluta. Según el citado autor, el hielo esteriliza el aire de la cámara y determina el lavado de la sangre; se libra á los enfermos de la sed que ordinariamente produce la fiebre, y, sobre todo, los resultados son sorprendentes, pues de veinte casos sometidos á este tratamiento, sólo dos terminaron de un modo desgraciado.

(*Prog. Médical.*)

\* \* \*

**Edema de la glotis.—Pilocarpina.**—El Dr. Suárez de Mendoza ha empleado con éxito esta substancia en tres casos de edema de la glotis en que los accesos de sofocación eran intensísimos.

Practicó tres inyecciones hipodérmicas de á 25 miligramos de pilocarpina con el intervalo de veinte minutos; desde la primera inyección cedió el estado de ansiedad del enfermo, y un cuarto de hora después de la tercera dosis estaba conjurado el peligro, tardándose sólo ocho días en completar la curación.

(*La Méd. Moderne.*)

\* \* \*

**Parálisis agitante.—Atropina.**—El Dr. Moretti ha tratado con éxito tres casos de enfermedad de Parkinson por las inyecciones hipodérmicas de atropina, fundándose en ciertas consideraciones teóricas, según las cuales la parálisis agitante no es una verdadera parálisis, sino un espasmo. Los resultados obtenidos han sido superiores á los que de ordinario se consiguen con los recursos empleados por lo general en la citada enfermedad.

Al principio inyectaba el autor un cuarto de milígramo de atropina, y después elevaba progresivamente la dosis hasta dos miligramos al día, en dos inyecciones.

(*La Med. hipodermique.*)

\* \* \*

**Pneumonia.—Ioduro de etilo.**—Según las observaciones recogidas por el Dr. Bartholow, de Filadelfia, el empleo de las inhalaciones de ioduro de etilo ejerce sobre la pneumonia una acción muy favorable, y bajo su influencia disminuye el malestar general, la tos y la disnea.

Para emplear estas inhalaciones, basta verter de 20 á 40 gotas de ioduro

de etilo en una compresa ó un pañuelo plegado en forma de embudo, aplicándolo á la boca y narices.

Las inhalaciones pueden repetirse varias veces al día, pudiéndolas hacer el mismo enfermo.

Según Bartholow, la acción del ioduro de etilo es al mismo tiempo calmante y microbicida, debiéndose al iodo la última propiedad.

(*Los Nuevos Remedios*).

—  
—  
—  
**FÓRMULAS**  
—  
—  
—

**138**

Acido pírrico disuelto en éter . . . . . 2 decígs.  
Lanolina . . . . . 150 gramos.

M. Para aplicar sobre la región afecta.

Es el **eczema impetiginoso**.

(*Cerasi*.)

**139**

Timolacetato de mercurio . . . . . 1 gramo.  
Glicerina . . . . . 10 gramos.  
Clorhidrato de cocaina . . . . . 1 decígr.

M. Para inyecciones intramusculares, de un centímetro cúbico, cada semana.

En la **sífilis**.

(*Lœwenthal*.)

**140**

Creolina . . . . . 1 á 5 decígrs.  
Agua destilada . . . . . 200 gramos.  
Agua de menta piperita . . . . . 50 »  
Clorato de potasa . . . . . }  
Agua de laurel cerezo . . . . . } áá. . . . . 5 »

M. Para inhalaciones.

En las **flegmasias faríngeas y laringeas**.

(*Schitzler*.)

**141**

Cloruro sódico . . . . . }  
Bicarbonato de sosa . . . . . } áá. . . . . 2 gramos.  
Borax . . . . . }  
Acido salicílico . . . . . }

M. y pulverícese. Para duchas nasales, con la solución de medio á un gramo en un vaso de agua templada.

En el **eczema nasal**.

(*Kaposi*.)

142

Cocaina. . . . .	5 gramos.
Antipirina. . . . .	15 »
Agua destilada. . . . .	80 »

D. Para aplicar sobre la región en que se haya de operar.

Como **anestésico local.**

(Stuwes.)

— — — — —  
**V A R I E D A D E S**  
— — — — —

Las obras de Medicina que figuraban en la biblioteca del Excmo. señor D. Jorge Florit (q. e. p. d.) han pasado, por disposición de la señora viuda del mismo, á formar parte de la biblioteca del Hospital militar de esta corte.

\* \* \*  
Para solemnizar el tercer centenario de la invención del microscopio, se organiza una Exposición histórica internacional de todo lo referente á la micrografía; dicha Exposición se celebrará en Amberes durante los meses de Agosto y Septiembre próximos.

\* \* \*  
El año venidero tendrá lugar en Leipzig una Exposición de Higiene militar, patrocinada por la Reina de Sajonia.

\* \* \*  
La Sociedad de la Cruz Roja de Francia ha ensayado en Reims la movilización de todos los servicios sanitarios, instalando precipitadamente una enfermería de estación de vía férrea y un hospital provisional, en presencia de varios generales y del Alcalde de Reims.

La enfermería funcionaba á cargo del Dr. Weill, antiguo médico principal del ejército, y fué montada por 218 enfermeros voluntarios; varios soldados figuraban los enfermos y heridos, y los médicos de los fuertes inmediatos á Reims actuaron como en campaña, dirigiendo la traslación de los heridos que llegaban en coches y wagones, remitiendo las hojas de diagnóstico y las bajas, y rectificando las curas.

El hospital estaba dirigido por el Dr. Decis, que tenía á sus órdenes los médicos más notables de la región del Este; y tan perfecta fué su instalación, que demostró, que, en caso de necesidad, podría funcionar desde los primeros momentos de una guerra.

\* \* \*  
Una Comisión de la *Asamblea general de médicos alemanes* ha redactado un nuevo programa para el estudio de la Medicina. Según este programa, la duración de la carrera será de diez semestres, sin contar la asistencia á las clínicas que no podrá hacerse, oficialmente, hasta después de aprobado el sexto semestre.

La Comisión propone, además, que antes de que se autorice á los médicos para ejercer su profesión, se les debe obligar á permanecer en un hospital durante un año como ayudantes de clínica.