

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO III

MADRID, 15 DE ABRIL DE 1889

Núm. 44

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LOS

## TRAUMATISMOS DEL CRÁNEO

No sé cómo empezar el relato de un interesante caso de traumatismo encefálico, el cual, por la falta de relación entre las lesiones materiales y el cuadro sindrómico por ellas despertado, sale de la vulgaridad y demuestra las poderosas razones que al médico asisten para calificar cualquiera afección de esta índole, por leve que aparezca, como de pronóstico reservado.

Irrecusable prueba de las inmensas dificultades con que aquél tropieza para dar exactitud á ese juicio en esta clase de padecimientos, constituye un argumento en contra de las localizaciones cerebrales ó cuando menos, favorece la opinión de los que sostienen existe gran comunidad entre las células nerviosas, en virtud de la cual sustitúyense unas á otras en el desempeño de su cometido, y nos evidencia la incomprensible tolerancia que en algunas ocasiones puede ofrecer órgano tan delicado como el cerebro, para las influencias que con más rudeza ataquen su integridad molecular.

Refiérese á un soldado de temperamento nervioso, constitución robusta, buena conformación, 22 años de edad, y sin antecedentes patológicos dignos de mencionarse.

El día 11 de marzo y próximamente á las 5 de la tarde, hallábase jugando en un trapecio y no se sabe si por haber bebido con exceso ó algún otro accidente imprecisable, al hacer una evolución en la parte más alta de las cuerdas del citado aparato (á unos 4 metros de altura próximamente) cayóse de cabeza contra el pavimento, compuesto de arena apisonada y endurecida por un continuado paso y abundante riego.

En el momento de la caída, el individuo perdió el sentido y en

esta disposición fué recogido por sus compañeros y trasladado inmediatamente á la cama donde á los pocos instantes recobró el conocimiento después de haber tenido un vómito poco abundante de sustancias alimenticias.

Habiéndole administrado una taza de infusión de manzanilla, quedóse tranquilo y asegurando se hallaba completamente bueno.

Tres horas después de estos sucesos (8 de la noche), fuí llamado al cuartel para curar un soldado del mismo escuadrón, herido á consecuencia de haber explotado entre sus dedos un fulminante de dinamita, con cuyo motivo y por hallarse en igual dormitorio, tuve ocasión de ver al individuo objeto de estas observaciones. Hallábase acostado en decúbito lateral derecho, tranquilamente dormido, y sin que en su semblante ni exterior aspecto se notase la más leve huella del reciente acontecimiento. A pesar de esto le desperté indicándole se sentara en la cama, lo cual verificó con naturalidad, sin el menor asomo de sufrimiento ó esfuerzo y apoyándose en los brazos de esa manera consciente y tranquila que hacerlo suele quien para hablar con más comodidad pretende colocarse hacia la parte más alta del lecho. Hícele mover el cuello y cuerpo en distintas direcciones, sin que esto provocara la aparición de fenómenos alarmantes ni aun molestos; á mis reiteradas preguntas contestó sin vacilar y con acierto, que no recordaba cómo se había caído ni lo que le había pasado; que se sentía bien, y que únicamente cuando pretendía volver la cabeza de una manera forzada experimentaba una sensación dolorosa no muy intensa en las partes laterales y aun la posterior del cuello.

No satisfecho aún y teniendo muy presente la pérdida del conocimiento, reconocíle detenidamente la cabeza, mas no encontré ni en el conducto auditivo, narices, boca, etc., ni en parte alguna del tegumento externo vestigios de hemorragia, erosión ú otro fenómeno que pudiera llevar á mi ánimo la más pequeña duda ó el más ligero recelo.

La pupila obedecía con prontitud y normalidad á las influencias luminosas; la respiración y el pulso eran regulares; en idénticas condiciones se hallaba la temperatura; en una palabra, existía aparentemente el fisiologismo más completo en todos los aparatos orgánicos.

A pesar de esto dispúsele una infusión de tila eterizada y so-

bre todo encargué repetidamente al practicante exquisita vigilancia para al menor síntoma sospechoso darme aviso ó disponer la inmediata traslación al hospital del enfermo.

A las ocho y media de la mañana siguiente, fui avisado con urgencia porque el individuo, palabras textuales, «se había quedado repentinamente como muerto».

Sin perder momento pasé á verle y le encontré en un estado sincopal caracterizado por el síndrome siguiente: palidez del semblante, resolución general, pérdida del conocimiento, labios entreabiertos y dejando escapar por una de las comisuras mucosidades claras, frías y algo espumosas; decúbito supino con la cara ligeramente vuelta al lado izquierdo, nariz afilada, ojos hundidos, inmovilidad de las pupilas que están muy dilatadas, suspensión de las funciones respiratoria y circulatoria; temperatura normal en la axila y casi todo el tronco, más baja en las extremidades donde existe gran tendencia al enfriamiento y por último completa insensibilidad.

Ante tan alarmante cuadro sintomático, dispúsele: sinapismos bajos con amoniaco; enemas de agua salada con éter; aplicaciones calientes á los pies y del martillo de Mayor á la región cardiaca; respiración artificial, etc., etc., á pesar de cuyos recursos el individuo fué enfriándose por momentos y no tardé en convenirme cuán inútiles eran mis esfuerzos.

Mientras esto ocurría procuré inquirir lo que durante la noche había pasado y supe por el practicante (1) á cuya vigilancia quedó sujeto, que á las 11 de la noche seguía el individuo aparentemente bueno; á la 1 se levantó á orinar, lo cual verificó yendo á cierta distancia de su cama sin vacilaciones ni sintoma alguno que indicara hallarse enfermo; á las 4 y por haberle oído el sargento de semana quejarse de dolores en el vientre llamó al citado practicante, quien le administró una taza de manzanilla eterizada, con lo que se quedó prontamente calmado y volvió á reconciliar el sueño, en cuya disposición siguió hasta las 7 que estuvo sentado en la cama hablando tranquilamente (y sin que al parecer experimentase la más leve molestia) con sus compañeros; por último, que breves momentos después y por haberse mar-

---

(1) Conviene hacer constar que este practicante es muchacho instruído, con título profesional y que además de alguna práctica hospitalaria, posee regular inteligencia y conocimientos.

chado aquéllos á sus ocupaciones, volvió á tenderse en el lecho, donde á los pocos instantes sufrió un fuerte y brusco estremecimiento para quedar en el estado sincopal antes expuesto.

Profundamente impresionado por el suceso, dábale vanamente vueltas dentro de mi cerebro buscando razonamientos que pudieran explicarme cómo había podido verificarse tan silenciosamente el trabajo patológico que dió por resultado la muerte.

En vano pretendía que mis ideas amalgamaran los sucesos ó hiciesen menos dura la abierta oposición existente entre *lesiones anatómicas capaces de producir la muerte* por un lado; y un *incongruente silencio sindrómico*, por otro.

Para mí, no admitía duda que el golpe sufrido la tarde anterior era la verdadera y (al no existir predisposiciones orgánicas de que el individuo carece) única causa de ella; es más, precisaba, y así consta en las primeras declaraciones (1) el órgano atacado con preferencia en el último período evolutivo del accidente: empero... ¿cómo explicar la fugacidad y escasa gradación de los fenómenos sintomáticos durante los primeros momentos, el regular funcionalismo orgánico observado con posterioridad, y la súbita aparición de trastornos que matan casi instantáneamente?...

Mientras con verdadera impaciencia esperaba trascurriese el tiempo necesario para que la autopsia resolviese estos problemas ó hiciera alguna luz en tan oscuro asunto, explicábame el fallecimiento de la siguiente manera: en el instante del golpe, la violenta torsión del cuello, ó la impulsión del cerebro contra la base del cráneo, contundió los vasos inmediatos al bulbo medular, cuyas paredes sufrieron una relajación y aun magullamiento que les preparó á romperse en un momento dado por la sola impulsión del líquido sanguíneo, más ó menos reforzada á beneficio de lógico movimiento reaccional orgánico; rotas las paredes de esos vasos, una repentina y relativamente copiosa hemorragia, precipitase sobre el bulbo del encéfalo, y comprimiendo con inusitada brusquedad tan importantísimo centro de la vida, determina un síncope instantáneo al cual sigue con facilidad la muerte.

Este juicio diagnóstico más ó menos gratuito y problemático, y sobre todo el relato de los hechos, excitó vivamente la curiosi-

---

(1) «Y en cuanto á la causa del fallecimiento, es muy probable obedezca á una compresión violenta y repentina del bulbo del encéfalo cuyo mecanismo solamente la autopsia podrá poner de manifiesto.»

dad y atrajo en torno del cadáver, al practicar la autopsia, á algunos distinguidos é ilustrados médicos.

He aquí lo que en ella pudo apreciarse transcrito de mis declaraciones para mayor brevedad y exactitud de los hechos.

»Después de reconocer detenida y escrupulosamente el hábito exterior, en el cual no se nota el más leve signo de violencia, procedióse á abrir la cavidad del cráneo.

En el momento de levantar la bóveda ó parte superior de esta caja ósea, verificóse abundante derrame de sangre negra y liquefacta, que á juzgar por su abundancia y sitio de salida procedía, no sólo de los senos cerebrales, sino de la parte posterior y base del cráneo donde á no dudar estaba acumulada. Puestas al descubierto las meninges en las cuales existe congestión no generalizada y después de haberlas incindido cuidadosa y paralelamente (casi tocándola) á la hoz del cerebro, descubriéronse los hemisferios, notando que ambos lóbulos frontales, y sobre todo el derecho, presentan signos de una contusión bastante notable aunque poco profunda, en la cual existe verdadero magullamiento de la masa encefálica, correspondiendo sobre todo á la parte anterior de la primera y segunda circunvolución del lóbulo derecho.

»Levantados dichos hemisferios é incindida la tienda del cerebello apareció este órgano congestionado y envuelto en una porción de sangre flúida y negruzca; en idénticas condiciones se encontraba el bulbo del encéfalo.

»Después de extraídos todos estos órganos, nótase un extenso desprendimiento de las meninges en la parte correspondiente á la porción antero-inferior del occipital y al levantar estas membranas dejaron al descubierto una fractura en el citado hueso, que empezando cerca de su ángulo superior y dirigiéndose de arriba á abajo y de atrás á adelante viene á terminar haciéndose doble (circunstancia que da lugar á la formación de una pequeña esquirola en forma de triángulo isósceles) en el arco posterior del agujero del citado hueso; tiene unos cinco ó seis centímetros de largo, y la rama más externa de las dos en que termina, costea ligeramente el agujero occipital en dirección al peñasco del lado izquierdo.

»Esta importantísima lesión, explica nos con relativa sencillez la causa del síncope que ocasionó el fallecimiento y comprueba de una manera evidente la exactitud del diagnóstico hecho con

anterioridad. En las horas trascurridas desde que tuvo lugar el suceso, fué verificándose un derrame que, hijo de las condiciones anatómicas de los tejidos en que tenía lugar, hacíalo con lentitud y atenuación, incapaces de despertar en el organismo síntomas ó fenómenos que revelarlo pudieran, mas llega un momento en que la presión del líquido sanguíneo logra desprender algunas adherencias meníngeas, y entonces precipitándose violentamente contra el cerebelo y bulbo del encéfalo, determina la compresión de este último y una muerte súbita por síncope ó suspensión de las más importantes funciones orgánicas.»

No puedo menos de comprender que estas explicaciones oficiales, digámoslo así, son poco explícitas, muy deficientes y hasta serían anticientíficas si la evidencia de los hechos no viniese á apoyarlas con incomprensible elocuencia. El sitio de la fractura no es de los más comunes, pero al fin puede explicarse satisfactoriamente por el contragolpe resultante de la violenta caída sobre la parte anterior del cráneo; y la falta de síntomas exteriores que la revelaran por no hallarse el hueso en directa comunicación con el exterior á beneficio de un conducto cualquiera, oído, fosas nasales, etc... ¿Y la ausencia de lesiones materiales en los tejidos externos de aquella región? Admitamos que su elasticidad, la relativa blandura y análoga condición física del sitio con quien tuvo lugar el choque y la rapidez ó momentaneidad de éste pudieran hasta cierto punto servir para explicarlas... ¿Cómo darnos cuenta de la carencia de síntomas compresivos ó contusivos en el cerebro, dadas las terribles lesiones anatómicas que en sus lóbulos se observan?.. ¿De qué manera un ataque tan violento y graduado á la estructura de estos delicadísimos órganos, pudo verificarse sin despertar fenómenos de protesta por parte del organismo?... Cuestiones son estas á las cuales sería punto menos que imposible dar una contestación satisfactoria y adecuada y, aunque considerando el líquido ventricular y cefalo-raquídeo regulador de la función encefálica y de las reacciones que el órgano presente á las violencias externas; la magnitud del cerebro en relación con la cavidad craneana y consecuentemente su distancia ó inmediato contacto con el estuche óseo que le encierra, el espesor de las paredes de esta caja, etc., etc., etc.; como importantísimos factores capaces de explicar la patogenesis ó modalidad evolucionaria de tales afecciones; hablando en términos generales, á beneficio de

teorías más ó menos ingeniosas hipotéticas y bizarras, y aun concretándose al caso actual, completamente distintas de las antes expuestas, creo más lógico terminar estos brevísimos apuntes recordando de nuevo cuánta cautela debe tener el médico al formular juicios sobre afectos traumáticos de la extremidad cefálica.

J. GONZÁLEZ Y GARCÍA.

Médico 1.º

---

## ESTRECHAMIENTO Y OBSTRUCCIÓN DE AMBAS TROMPAS DE EUSTAQUIO

---

La historia del padecimiento que vamos á referir recae en una joven de quince años llamada María Gómez, natural de Granada y de regular nutrición. Desde pequeña venía padeciendo una sordera, que empezó por el oído derecho y más tarde se comunicó al izquierdo, de tal modo, que era necesario hablarle muy alto para que pudiera oír, siendo causa este defecto de que sea conocida con el sobrenombre de la *Sordilla del Albaicín*.

Nada dijo que pudiera dar luz para la etiología y el diagnóstico de su padecimiento. Sólo recordaba haber oído decir que su sordera databa de once años; pero que habiéndose agravado hasta el punto de necesitar que se le hablase á gritos, juzgó indispensable la intervención de un Médico especialista. Dados los pocos antecedentes que pudimos recoger, procedimos al examen de ambos oídos, encontrando, tanto en uno como en otro, que la membrana timpánica presentaba un aspecto infundibuliforme con la convexidad dirigida hacia la caja: el mango del martillo tendía á hacerse horizontal por la fuerte inclinación de la membrana del tambor, entre cuyas capas fibrosa y mucosa se halla engastado. Había desaparecido el triángulo luminoso y sólo quedaba así como una línea algo luminosa también y bastante confusa. El resto de ambos conductos auditivos no presentaba nada anormal. En la pared posterior de la faringe un ligero catarro crónico de este órgano.

Ya con los datos objetivos tomados, procedimos al examen por medio del diapasón Ut de 500 sobre los huesos del cráneo, así como con el reloj, acusando por estos medios de experimentación que ambos oídos internos se conservaban en perfecto estado fisiológico. Hechas estas pruebas, fácil era ya presumir que la afección radicaba en ambas trompas eustaquianas, para lo cual se hizo el cateterismo de ellas, con lo que quedó perfectamente diagnosticada la enfermedad de *estrechamiento y obstrucción do-*

ble de estos conductos. Seguidamente hicimos llegar á los puntos estrechados una ducha de aire por el procedimiento de Politzer; ambas operaciones, cateterismo y ducha, fué preciso practicarlas cuatro días consecutivos y otras tantas en días alternos, quedando á las ocho sesiones completamente restablecida la audición, oyendo el tic-tac de un reloj de bolsillo á un metro de distancia.

Súrgenos una observación como corolario de lo dicho acerca de los síntomas objetivos, y es que, por el tono alto con que la enferma pronunciaba las palabras, parecía como que estaba convencida de que los demás no oían bien como ella, y por esto hablaba á voz en grito. Fenómeno es este tan importante y frecuente, que ha hecho fijar la atención á un distinguido otólogo español que ha sido el primero en observarlo, y sobre cuyo tema ha practicado estudios acerca de la significación clínica de las condiciones de la voz en el diagnóstico de las otopatías. Para explicarlo habremos de decir cuatro palabras.

Sabido es que el órgano del oído es el que interviene en las condiciones especiales del sonido á que llamamos voz. Recurramos á la fisiología y veremos que la intensidad de la voz depende del impulso que imprimimos á la corriente de aire que ha de determinar la vibración de las cuerdas vocales, teniendo siempre presente que si no hubiera un aparato regulador de la intensidad de la voz, resultaría un hecho incoherente, y el desorden en la emisión sería manifiesto, porque no sabríamos el grado de intensidad que habríamos de imprimir á la corriente productora del sonido. Pero teniendo conciencia por nuestro propio oído de la intensidad de los sonidos que producimos, sabemos acomodarlo á la distancia de nuestro interlocutor. Ahora bien; si el órgano auditivo preside, como no puede menos, la intensidad de la voz, en el momento en que aquél padece, ésta ha de resentirse forzosamente en su intensidad.

Los sonidos sólo pueden transmitirse al laberinto por tres caminos: directamente por los oídos, por las trompas ó de una manera mediata por los huesos de la cabeza. Dicho se está que, hallándose los órganos contenidos en la caja dislocados en sus relaciones anatómicas por la presión atmosférica exterior, el paso de la voz es imposible: los tímpanos, fuertemente atraídos hacia los promontorios por el enrarecimiento del aire en las cajas, no están en condiciones de impresionarse por las ondas sonoras. Tampoco las trompas obstruidas y estrechadas permiten, como en el estado fisiológico, renovar el aire de la caja en la respiración ordinaria, en la respiración forzada, ni en el acto de la deglución, que son los tres casos que individualmente pueden presentarse, y, por último, los huesos del cráneo hacen llegar al laberinto las ondas sonoras cuando éstas se producen en un cuerpo sólido aplicado directamente sobre ellos, como el diapason, el acúmetro ú otro.

Recordados á grandes rasgos estos puntos importantes de la fisiología, vengamos á explicar la causa que obliga á esta enferma á hablar tan alto.

Cuando las trompas de Eustaquio están completamente obstruídas, se pierde uno de los medios de transmisión, oyendo siempre el enfermo su voz con poca intensidad, y entonces es cuando se ve obligado á elevarla, dando por resultado que habla verdaderamente á gritos sin advertirlo. No vayamos por esto á sacar consecuencias absolutas para creer que todo enfermo que hable muy alto es porque padece obstrucción de las trompas; hay otras otopatías, cuales son las alteraciones profundas del oído interno que producen este síntoma constante, con la particularidad de que entonces el paciente habla irremisiblemente dando sendos gritos. Pero como en el caso á que nos referimos, los laberintos no padecían, como lo prueban las experiencias dichas al principio de este artículo, no queda por exclusión otro órgano capaz de producir este síntoma que las trompas, ayudadas á su vez por los trastornos consecutivos al enraecimiento del aire que no puede renovarse en la caja.

MANUEL ACAL.

*Médico mayor.*

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**Valor semeiótico de las deposiciones incoloras: Afeciones del páncreas.**—En la sesión celebrada el 26 de marzo próximo pasado por la Real Sociedad de Medicina y Cirugía de Londres, el Dr. Sir A. Clark leyó una comunicación del Dr. F. G. Walker relativa á la *significación clínica de las deposiciones incoloras ó de color de arcilla que van acompañadas de ictericia; de su relación con las afecciones del páncreas, y del papel que desempeña este órgano en la eliminación de la bilis por los intestinos.*

Después de citar la teoría admitida acerca de la significación de las deposiciones de color de arcilla, el autor refiere las particularidades de dos casos en los que durante la vida uno de los síntomas persistentes fué la falta de color en las heces fecales, habiéndose hecho el diagnóstico de obstrucción del conducto pancreático confirmándose en la autopsia el estado normal del de la bilis. De estos casos deduce el Dr. Walker: primero, que la formación de hidrobilirubina, materia colorante de las heces, depende de la reacción mutua de la bilis y del flúido pancreático, bajo cuya influencia se ve en el conducto intestinal; segundo, que en el estado de enfermedad, la deficiencia del jugo pancreático en unión de la de la bilis producirá el estado patológico de la falta de coloración ó el color de arcilla de las deposiciones; y tercero, que según las investigaciones fisiológicas más recientes, solo se excreta con las heces aquella parte de los principios constituyentes de la bilis que se ha convertido en hidrobilirubina, mientras que la bilirubina inalterable, la bilifuschina, y la biliverdina se absorben; de lo que se sigue que, si la hidrobilirubina no pue-

de producirse sin la ayuda del páncreas, dicho órgano debe desempeñar un importante papel al regular la proporción de bilis: de la que penetra en los intestinos que debe absorberse y la que debe ser expulsada con las heces.

El Dr. Walker indica luego que estas conclusiones se confirman con la cita de otros casos publicados; que Claudio Bernard reconoció que el páncreas desempeña un papel en la producción del color de las heces y que el estado en que se encuentran los pigmentos biliares en el meconio del feto mientras no está establecida la función pancreática, se halla también de acuerdo con estas conclusiones.

Indica además que el hecho de que el páncreas ejerza influencia en la excreción de la bilis con las heces, haría desaparecer, si se acepta, la discrepancia que hay entre la observación clínica acerca de que ciertos medicamentos provocan abundantes deposiciones biliosas, y la observación fisiológica que demuestra que dichas sustancias ejercen muy poca ó ninguna influencia en la secreción de la bilis por el hígado, y que dicho hecho explicaría por lo tanto, aquellos casos incomprensibles en que, sin suspensión de las funciones secretoras de la bilis en el hígado y sin obstrucción de sus conductos, se presenta de un modo persistente el síntoma de las deposiciones incoloras ó de color de arcilla.

El Dr. Walker indica, por último, la importancia clínica de la teoría que ha procurado establecer, para el tratamiento y diagnóstico de las afecciones del páncreas y todas las demás formas de trastornos biliares.

Después de varias objeciones á la teoría que antecede hechas por los Dres. G. Harley, Thudichum, Sinclair Thomson, Pye Smith y Keetley, el Dr. Walker se congratuló de que la Sociedad hubiere aceptado sus hechos clínicos y manifestó que en los dos casos que había leído hubo deposiciones arcillosas sin ictericia; que en ambos la afección fué del páncreas sin que existiera síntoma alguno de enfermedad hepática; que no rompería lanzas acerca de la teoría de la formación de la materia colorante de las heces, y que el objeto principal de su discurso era afirmar que son necesarios dos principios para producir el color normal de las mismas, á saber: bilis y jugo pancreático y que ambos reaccionan entre sí para constituir el estado en que se encuentran en el conducto intestinal. Sostuvo que la falta de color en las deposiciones ventrales eran un síntoma de enfermedad pancreática cuando no había ictericia, pues la ausencia de ésta prueba que se hallan libres el conducto hepático y el común de la bilis. La orina estaba normal en los dos casos citados y no hubo pruebas de exceso de bilis en la sangre.

(*Brit. med. Journ.*)

\*  
\*  
\*

**Tétanos: Reposo absoluto.**—El profesor E. Renzi aconseja el reposo absoluto para combatir el tétanos, fundado en el éxito que ha obtenido desde 1882 en varios casos que ha tenido ocasión de observar.

Las indicaciones con que el autor resume dicho tratamiento son las siguientes:

1.º Después de haber tapado los oídos al enfermo con algodón ó cera, se le colocará y mantendrá en una habitación tranquila y perfectamente oscura, previniéndole que sólo podrá curarse á costa de un reposo absoluto.

2.º Se alfombrarán el cuarto del enfermo y los adyacentes para evitar el ruido de los pasos.

3.º Cada cuatro horas se abrirá la habitación con el mayor cuidado. Los alimentos que se le suministren han de ser líquidos (leche, caldo con huevos, vino aguada, etc.) y se le han de dar con pistero.

4.º Se entrará en la habitación con una luz cubierta, dejándose guiar más por el quejido del enfermo que por la percepción visual.

5.º Aunque haya astricción no conviene hacer uso de purgantes ni de enemas; ante todo hay que procurar el reposo del enfermo.

6.º Si los dolores son intensos, se puede recurrir, con objeto de calmarlos, á los polvos de belladona y cornezuelo de centeno.

(*Revista clínica é terapéutica.*)

\*  
\*\*

**Tratamiento de la fractura de la rótula.**—De una conferencia dada en la Escuela de Medicina de Sevilla por el Dr. D. Federico Rubio, extractamos, por lo prácticas, las siguientes consideraciones.

«La causa de la fractura transversal de la rótula suele ser la contracción muscular exagerada. Los medios puestos en práctica para la mejor coaptación de los fragmentos son infinitos: basta señalar desde los garfios dobles de Malgaigne, que se aplican á ambas partes y se aproximaban por medio de un tornillo, hasta la sutura metálica, la cual es difícil de colocar, dígame lo que se quiera, y aun colocada, no deja de ofrecer serios inconvenientes; pues por una parte el fragmento inferior permanece fijo por medio del ligamento rotuliano, y el superior, se retrae con el músculo recto anterior del muslo; y ocurre que la mejor sutura salta, y nada se ha conseguido.

La disposición anatómica de esta región nos ha hecho pensar mucho sobre este problema, teniendo, sobre todo, en cuenta que la rótula es un hueso sesamoides, un hueso primitivo, un pseudo-hueso, un hueso imperfecto, implantado ó embutido, por decirlo así, en el tendón del recto anterior, y reforzado por aponeurosis del cuádriceps: pues bien, la cicatriz resultante no se realiza por un tejido de la resistencia del hueso, ni con la regularidad de un callo en cualquiera de los huesos largos de la economía, sino, antes al contrario, la expresada cicatriz ha de ser motivada por un tejido fibroso de nueva formación, ó bien por las adherencias que se establezcan á favor del tejido conjuntivo.

En mi ya extensa práctica he empleado los distintos medios que se aconsejan por los tratadistas de cirugía, sin que en ningún caso pueda congratularme del tratamiento elegido, todo lo he ensayado y todo lo he tenido que desechar. Por fin, se presentó en las salas del Instituto, con fractura de la rótula, un hombre de constitución fuerte, musculoso, joven y de talla mediana, y al cabo de algunos días, se dispuso operarle por medio de las suturas metálicas y plan antiséptico, que es, al parecer, el mejor tratamiento para esta clase de lesiones; mas, siempre en la duda y algún tanto desconfiado del resultado que pudiera alcanzarse y de los beneficios que reportara al individuo semejante intervención. Decidida la operación, ordené que trajeran al enfermo, el cual se presentó en la sala de operaciones andando por su pie. Fijé detenidamente en el enfermo mi atención, cuando uno de los que allí estaban me hizo notar que dicho sujeto se dirigía á la mesa de operaciones sin muletas, que verificaba la progresión de un modo casi regular, hasta el punto de que exclamaba: «¡si ese hombre anda sin cojear!» Volví nuevamente á fijar

la atención, absteniéndome de la operación acordada; pues de otro modo le hubiera colocado en la mesa y practicado, como estaba acordado, el refrescamiento de las superficies de sección de los fragmentos, implantación de la sutura metálica, etc., con lo que el paciente hubiera salido peor librado que cuando entraba.

En vista de esto, quedó sin operar, y del hecho concluyo, que para mí esta cuestión está resuelta en el sentido de que la ciencia ha procedido en estos casos por error y rutina. Espero nuevos hechos para poder formar juicio más firme respecto á que la colocación de apósitos en estas circunstancias es más bien perjudicial; y que convendría tener al individuo algunos días en cama hasta que cediesen los fenómenos flogísticos primitivos, después, que anduviese con muletas, hasta que pudiera manejarse sin ellas; y que la pierna en su juego funcional con el muslo por medio de la articulación de la rodilla quedaría normal y sin claudicación, como en el caso expuesto. Precisamente, cuando en medio de la admiración reconocíamos el caso, el enfermo contó, que en su pueblo había un cabrero que había sufrido idéntica fractura, para lo que no se puso en curación, y que después sigue en su oficio, subiendo y bajando montes sin cojear.»

(*Rev. de cienc. med. de Barcelona.*)

\*  
\* \*

**Ciática: Antipirina.**—En el *British Medical Journal* del 16 del actual se publicó una nota suscrita por el Dr. Covarrubias confirmando el buen resultado obtenido en el tratamiento de la ciática por la antipirina. El Dr. Parrott de Aylesbury comunica en 23 de dicho mes al mismo periódico, que últimamente ha tratado dos casos con el referido medicamento. En ambos el dolor era persistente y agudo habiéndose ensayado numerosos remedios. En el primero el enfermo durmió perfectamente después de tomar la antipirina al cabo de varias semanas de insomnio y en el segundo se obtuvo el alivio á las 24 horas. El modo de administrarla fué en 3 papeles de á 60 centigramos, dando uno cada tres horas.

\*  
\* \*

**Shock: Atropina.**—El profesor Cheever publica en el *Boston Medical Journal* un instructivo artículo sobre los agentes terapéuticos que deben emplearse en el *shock* ó colapso después de una operación quirúrgica. Durante el tiempo que dure ésta debe tenerse cuidado de que el operado conserve su calor natural, no exponiéndole á una corriente de aire, y una vez concluída procurar hacerle entrar en calor. El alimento que se le da debe ser líquido, haciendo que tome una pequeña cantidad de algún estimulante, y si fuese preciso ponerle una lavativa con un poquito de láudano. Ha de permanecer tranquilo en la cama, en una posición horizontal, con la cabeza un tanto levantada, y procurar dormir.

La explicación fisiológica del *shock* es que el corazón se halla en un estado de gran debilidad, debido á la parálisis ó entorpecimiento que ha sufrido el sistema vaso-motor, con lo cual disminuye la presión arterial y la temperatura baja extraordinariamente. Por consiguiente, el tratamiento racional, debe ser dar energía al sistema vaso-motor y mantener el cuerpo con su tem-

peratura normal. La atropina es un estimulante del sistema vaso-motor, y por lo tanto está indicada en inyección hipodérmica: la digital es otro estimulante de ese sistema, el cual puede darse por la piel, en la forma de tintura, á fin de que ejerza su acción prontamente. El amoniaco es también otro agente terapéutico de la misma clase; pero ninguno de éstos actúa con tanta prontitud y energía como la atropina.

(*Rev. de cienc. med. de la Habana.*)

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Fernández Mínguez:** *El vino ante la química analítica.*

Con verdadero interés, con ese vivo afán que se despierta por conocer todo libro nuevo relacionado con nuestras aficiones científicas, leímos y repasamos las bien escritas páginas de la obra recientemente publicada por nuestro distinguido compañero el doctor D. César Fernández Mínguez.

A más de la correta expresión y elegancia con que está escrita en general y muy especialmente en el capítulo dedicado á las noticias históricas más interesantes del producto de que se ocupa, resalta en ella inmediatamente el buen método de exposición, la que, por sus explicaciones, exactitud y abundancia de datos da á la obra importancia teórica, dándosela eminentemente práctica las múltiples observaciones y las minuciosas descripciones de los mejores procedimientos de análisis aconsejados por los químicos y ensayados por el autor mismo. En efecto, antes de entrar en la cuestión analítica, explica el autor la composición y fermentación del mosto, las principales teorías de dicha fermentación y las varias otras que puede experimentar el vino en ciertas circunstancias, recordando cuanto más notable hay que saber acerca de dicho producto.

Entrando ya en el análisis del vino, que es el objeto de la obra, se ocupa primero del modo de averiguar con la mayor precisión la cantidad relativa de las diferentes sustancias que entran en la composición del natural, fijándose de preferencia en el alcohol, glucosa, ácidos y extracto, ó sea residuos de su evaporación, explicando con la mayor claridad la práctica de los análisis y haciendo las observaciones y críticas más oportunas al método empleado. Pasa después al reconocimiento de las sustancias que accidentalmente ó por enfermedades ó alteraciones del vino

se encuentran en él, dedicando una buena parte de la obra al descubrimiento de las adulteraciones; y siendo, sobre todo las que se refieren á las numerosas materias colorantes tan difíciles de examinar, es este punto el más extenso, el más escrupulosamente trabajado y hasta en gran parte el verdaderamente original del autor. Así que, después de estudiar con la extensión que se requiere los caracteres que comunican al vino, y el modo como se conducen con los reactivos, las diversas materias colorantes, así del reino animal como del vegetal y las recientemente derivadas de la brea de hulla que se emplean en su sofisticación, expone la acción de los numerosos reactivos que se usan y el modo de operar con ellos, pasando después á explicar la marcha de los análisis que siguen los químicos que más se han distinguido en este asunto y que son Romei, Carles, Hussón, Chancel, Gautier, Girard y Cazenneuve, llegando hasta poder determinar por comparación la cantidad de materia colorante. Concluye el autor exponiendo un método de investigación fundado en un reactivo de su propia invención que, así es útil facilitando el examen analítico de que se trata, como revela el infatigable celo y asiduo trabajo, que dieron por resultado su descubrimiento.

En suma, en nuestro humilde pero ingenuo entender, conteniendo la obra del Sr. Fernández Mínguez de la manera más clara, y bien ordenada cuanto de notable y provechoso se ha escrito para el complicado y siempre difícil problema de la investigación de un vino sospechoso, si algo puede influir en la evitación de los fraudes patentizándolos claramente, favorecerá á la agricultura y sobre todo á la salud pública, llegando á ser, por consiguiente, una obra de importancia general, así como la tiene muy particularmente para los que dedicándose al estudio ó á la práctica de esta clase de análisis necesitan idóneos conocimientos y consejos prácticos, en muchas y costosas obras difusamente consignados.

Convencidos de que tan brillantes páginas, son resultado del constante amor al estudio de su autor; persuadidos, de que éste como todos los trabajos que tienden á mejorar bajo algún concepto las condiciones bromatológicas en general, han de redundar en beneficio del soldado enfermo inmediatamente bajo la égida del Cuerpo de Sanidad militar; y seguros de que éste acogerá gustoso la ciencia que aquel, cual hijo digno le rinde ufano, enviámosle desde este sitio nuestra más afectuosa felicitación.

E. PÉREZ TRIVIÑO.

*Farmacéutico 1.º*

---

## NECROLOGÍA

Tras larga y penosa enfermedad ha fallecido en los últimos días del pasado mes de marzo, el subinspector médico de 1.<sup>a</sup> graduado de 2.<sup>a</sup> efectivo en situación de retiro, **D. Juan Martínez y Muñoz**; uno de los más inteligentes, laboriosos y entusiastas jefes del Cuerpo.

Gran parte de sus servicios los prestó en la isla de Cuba, donde adquirió merecido renombre de clínico distinguido, asistió á la expedición de Méjico y por sus condiciones de honradez y entereza de carácter mereció el aprecio de sus jefes y compañeros. Trasladado á la Península y destinado como médico mayor al hospital de Madrid fué encargado de la sala de comprobación, en cuyo destino demostró una vez más las relevantes dotes que le distinguían y tanto aprovechó la enseñanza que este difícil cometido le hizo adquirir, que destinado al ascender á Subinspector de 2.<sup>a</sup> clase á la sección del Cuerpo en la Junta Superior Consultiva de Guerra, redactó un proyecto de reglamento y cuadro de exenciones é inutilidades para el servicio militar que ha merecido la alabanza de cuantos le han leído, y el beneplácito y aprobación de la Junta mixta de jefes y oficiales de Sanidad Militar y de la Armada que le discutíó detenidamente y aprobó casi en totalidad. ¡Lástima grande que trabajo tan útil, necesario é importante duerma olvidado en algún apartado rincón del Ministerio de la Guerra!

Martínez Muñoz fué vocal Secretario de la Junta de Ordenanzas para las ambulancias y hospitales del Ejército en tiempo de paz y de campaña, y en la ruda y laboriosa discusión que le fué preciso sostener, demostró la profundidad de sus conocimientos en el servicio técnico y táctico del Cuerpo y del Ejército y el gran cariño que profesaba á la Institución en cuyos servicios consumió los mejores años de su vida; como un niño lloraba el día que llegó á su noticia el incendio del hospital militar de Madrid, porque allí, decía, «he aprendido mucho y he ganado honradamente mi pan durante largos años.»

En su testamento, modelo de modestia, sensatez é inteligencia, lega sus amados libros—después de que elijan una ó varias obras, dos de sus más queridos amigos, jefes del Cuerpo en la actualidad—á la biblioteca del hospital militar de Madrid. En los nueve meses largos que ha durado la enfermedad que le llevó al sepulcro, ni un solo día pasó, sin que dejara de recordar algo pertinente al Cuerpo; que entre éste, sus hijos y su nieto repartía lo mejor de su cariño.

Mucho deja que imitar este querido jefe que, á pesar de figurar hace cinco años en la clase de retirados, su consejo se oía siempre con provecho.

Descanse en paz le deseamos, ya que después de una vida dedicada al estudio y al trabajo, no ha disfrutado todo el tiempo que debiera, de la felicidad que se proponía dentro de los goces purísimos de la familia, señalando á sus nietos el camino que hay que seguir en esta vida á fin de gozar de la tranquilidad que proporciona al espíritu una limpia conciencia.

E. P. DE LA FANOSA.

## VARIEDADES

**Suscripción abierta con el fin de allegar fondos para erigir un sencillo monumento que perpetúe la memoria de los individuos del cuerpo de Sanidad Militar muertos á consecuencia de heridas recibidas en campaña.**

	Pesetas.
<i>Suma anterior</i> . . . . .	1.343,50
Sr. D. Luis Fernández Tello. . . . .	3
» Luis Koch. . . . .	5
» Antonio Amo. . . . .	3
<i>Total</i> . . . . .	1.354,50

\*  
\*\*

Según *L'Eclaircur pharmaceutique*, el número de medicamentos y preparados oficiales incluidos en las Farmacopeas de los diferentes países es el siguiente:

Francia. . . . .	2.000
España. . . . .	1.500
Bélgica. . . . .	1.500
Rusia. . . . .	1.080
Grecia. . . . .	1.040
Suiza. . . . .	1.040
Estados Unidos. . . . .	1.010
Inglaterra. . . . .	815
Suecia. . . . .	746
Dinamarca. . . . .	720
Holanda. . . . .	665
Alemania. . . . .	606
Austria. . . . .	560
Hungría. . . . .	546
Rumania. . . . .	546
Noruega. . . . .	530

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

**Boletín de Sanidad** publicado por el Ministerio de la Gobernación. Mes de febrero del año actual.

**Enciclopedia de Terapéutica general** dirigida y publicada por H. v. Ziemssen y traducida por los *Dres. Carreras Sanchis y Compañed.*—Cuaderno 8.º—Robles y Compañía, editores.

**Manual práctico de enfermedades venéreas y sifilíticas** por el profesor Aquiles Breda; versión española de la última edición italiana por el *Dr. M. Carreras Sanchis*, adicionada con notas por el *Dr. Hernández Briz.*—Primer cuaderno de 64 páginas.—Robles y Compañía, editores.

**Resultados clínicos é indicaciones terapéuticas de las aguas azoadas artificialmente** por el *Dr. D. Eloy Bejarano.*—Dos ejemplares.

**El darwinismo** por E. Ferrière; versión española por el *Dr. M. Carreras Sanchis.*