

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO V. MADRID 15 DE JUNIO DE 1891. NÚM. 96.

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

### III

#### Discusión de las distintas indicaciones enunciadas.

En el puesto de socorro, tratándose de Cuerpo de Ejército y de heridas de armas de fuego de pequeño calibre, dije que la intervención quirúrgica debía reducirse á cohibir la hemorragia, si existiera, nunca con percloruro de hierro; inmovilizar la fractura, si la había, y ocluir con gasa, tapón, etc., el trayecto hecho por el proyectil, é inmediatamente conducir el herido al Hospital de sangre ó servicio sanitario del Cuerpo de Ejército.

La cohibición inmediata de la hemorragia es una de las indicaciones más urgentes que pueden presentarse en cualquier condición ó circunstancia que se considere; la falta de sangre originada por hemorragia, además de poner en grave peligro de muerte al herido, en plazo próximo, es para las contingencias futuras un factor, quizá el más importante de todos, incluyendo en él el mismo shock traumático con quien el síncope hemorrágico pacta con mucha frecuencia relaciones estrechas de lúgubre presagio.

La hemorragia, para los efectos ulteriores, puede cohibirse con la simple presión de un tapón de la cura que consigo lleva el soldado; ó si es causada por el tronco vascular, de tres modos distintos: ligando el vaso herido; comprimiendo con torniquete ó venda el vaso en su trayecto, ó todo el miembro por encima del punto herido, ú ocluyendo hasta el fondo de la herida con gasa y algodón sujetos fuertemente por su parte externa. Al hacer esta oclusión, no debe emplearse nunca el percloruro de hierro, porque éste forma una costra con los tejidos, tan anfractuosa y tan dura, que impide lavar con sustancias antisépticas la herida, y no permite desaguar como es debido los exudados que se formen.

Debe cohibirse la hemorragia por la compresión, cuando el traslado del herido al servicio de División ó Cuerpo de Ejército puede hacerse rápidamente; de no ser así, debe ligarse en el puesto de socorro ó en la misma línea de fuego.

(1) Véanse los números 94 y 95.

Los traumatismos que, en el servicio sanitario de Cuerpo de Ejército ó División, indicaban una amputación ó una resección, eran á mi juicio los siguientes;

1.º *Debe amputarse cuando el proyectil hiera rasando ó seccionando el paquete vásculo-nervioso y fracturando completa ó incompletamente el hueso.*

Aparte de que esta fractura, por ser causada con bala, es ya expuesta, tiene como complicación especial la sección completa ó herida parcial del paquete vásculo-nervioso. Herida la arteria, siendo la principal, es preciso primeramente ligar, y al ligar esperar á que la circulación colateral se establezca; establézcase ó no, resulta que el hueso fracturado no tiene riego sanguíneo suficiente para llenar las necesidades del callo; y al no tenerla, la extravasación sanguínea debida á la fractura, ni se organiza ni se reabsorbe: macera las laminillas óseas puestas al descubierto en la sección de la fractura y deja la superficie de éste, por el pronto, propensa por su atonicidad á la absorción de materiales sépticos, por una parte; á la mortificación histológica de los tejidos afectos, por otra, y en caso de establecerse pronto la circulación colateral, á la aparición de una osteo-mielitis en los extremos limitantes de la fractura. Ventajas de esperar el establecimiento de la circulación colateral, no existe ninguna, sin contar con los factores adversos en campaña, ó sean cansancio, escasa alimentación, albergue de dudosa comodidad é higiene, y estado moral-generalmente poco satisfactorio, del herido.

Si además del paquete vascular, es herido el nervioso, la indicación de amputar es, si cabe, más inmediata. A los anteriores inconvenientes únese la forzosa parálisis del miembro; si el paquete no es seccionado por completo, además de la parálisis, ha de presentarse dolor intenso y una complicación quizá próxima, como el tétanos. En estos casos no puede existir cirugía conservadora: la amputación primitiva se impone.

2.º *Debe hacerse la artrotomía cuando el proyectil penetre en una articulación, saliendo ó quedando en ella.*

En este caso, haciendo uso de los procedimientos antisépticos compatibles, la abertura de la articulación es lo inmediato, siempre que no hubiera habido destrozo considerable en las epífisis.

Digo que es lo inmediato y preferible, porque, aun cuando la herida cutánea complica el proceso, la corrección antiséptica del trayecto puede modificarla; y en caso de que se hiciese séptica, la amputación puede verificarse más adelante en condiciones mejores, aunque, con respecto á la gravedad futura, tanto da una resección del hombro ó cadera, como una desarticulación del brazo ó una decolación del fémur.

Si se tratara de heridas en estas articulaciones, y con ellas existieran cuerpos extraños en gran número, que no pudieran ser extraídos, es preferible en último caso desarticular. Es preferible, porque aun cuando estos cuerpos extraños actuaran única y exclusivamente como tales, habían de dar lugar á supuraciones, que destruyendo y atacando profundamente las superficies articulares desnudas, complicarían la herida con una osteitis inmediata, que, por lo pronto, había de impedir una sólida anquilosis, que es lo que puede esperarse.

3.º *Si al penetrar un proyectil en una articulación, fractura las epífisis, dejando ó no en el trayecto cuerpos extraños, debe amputarse.*

Debe amputarse, porque suponiendo que el periostio ha sido también herido, la consolidación de la fractura, como tal, se retarda; las superficies articulares no protegidas por el riego sanguíneo pierden parte de su materia orgánica; y las esquiras, actuando como cuerpos extraños que provocan supuraciones, no dejan abrigar la esperanza de obtener un buen resultado mediante la resección, porque teniendo que ser ésta considerable, la coaptación de los extremos de los huesos cortados es imposible.

4.º *Cuando el proyectil fractura un hueso, y por intempestivos movimientos, al ser conducido el herido, un extremo de aquél sale por la herida cutánea, debe amputarse.*

Debe amputarse, porque las masas musculares en los movimientos de salida del extremo del hueso, tienen que ser dislaceradas en mayor ó menor extensión y, al serlo, requieren para su coaptación un proceso inflamatorio, que se verifica en época más próxima que el del callo del hueso, restándose para éste la energía funcional formatriz que el primero necesita; sin contar con que, además, el periostio próximo á la sección de la fractura está desprendido en parte, no nutriendo por dicha causa la porción de hueso que cubra, mortificándose este trozo y dando lugar á la formación de secuestros, que han de provocar también supuraciones.

5.º *Si la herida es en el peroné ó en el cúbito ó radio, astillando el hueso é hiriendo el paquete vascular, debe hacerse la resección, comprendiendo en ella la porción más traumatizada del hueso.*

Fundo mi consejo en que, aparte de que para los efectos ulteriores tanto da curar un muñón como una incisión amplia que fuera necesario hacer para reseca un trozo de hueso, la circulación colateral está suficientemente garantida por el otro tronco vascular, y porque los aparatos proteicos pueden, supliendo en lo futuro la impotencia funcional que quedara, hacer en el presente imposible toda movili-

dad, anormal y nociva para la necesaria quietud del miembro herido.

Si además existe una gran pérdida de substancia de las partes blandas, debe amputarse, pues la mortificación histológica es inmediata y el esfacelo séptico consecutivo.

6.º *Si son los dos huesos del antebrazo ó pierna los fracturados, con herida de alguno de los paquetes vasculares, debe amputarse á causa de que la regeneración es imposible por idénticas condiciones á las del primero y tercer caso.*

De los cuatro órdenes de traumatismos ya indicados anteriormente, causados por los proyectiles de armas de fuego de grueso calibre, el primero requiere la intervención inmediata si es posible en el puesto de socorro, y los otros tres en este mismo, en la ambulancia, ó en aquel punto, en fin, á que pueda ser transportado el herido antes de que se le presente la fiebre traumática.

Cuando un miembro es separado por completo del tronco, no debe el cirujano limitarse á regularizar la sección hecha por el proyectil, sin hacer un reconocimiento minucioso de la porción del miembro inmediata á la sección; sobre todo, debe fijarse, á mi juicio, con preferencia en tres órdenes de hechos: el primero, la altura donde haya sido avulsionado el paquete vascular; el segundo, en inspeccionar cuales han sido los puntos más altos donde haya habido arrancamiento de tendones ó dislaceración de músculos, y tercero, reconocer si el hueso está astillado ó no, y de estarlo, en qué extensión y á qué altura.

Si no presenta la sección ninguno de estos traumatismos secundarios, la intervención inmediata es regularizar la sección hecha; pero si los presenta, veamos qué debe hacerse.

Si el paquete vascular ha sido seccionado á mayor altura que la sección del miembro, debe amputarse de modo que el extremo de la arteria, arrollado por la avulsión, esté comprendido en el limite del colgajo de la piel que se corte para la amputación.

Si el arrancamiento de un músculo con su tendón ha sido único y limpio, puede hacerse abstracción de ello; pero si consigo lleva traumatismo de una cápsula articular ó dislaceración alta de músculos, debe amputarse lo más próximo á la articulación ó puntos dislacerados.

Si con la avulsión el hueso se ha astillado en diversos sentidos, produciendo esquirlas más ó menos grandes, debe amputarse por encima de ellas y en el punto donde el hueso no esté traumatizado, y si lo está, donde la fractura sea longitudinal y única.

Debe amputarse por donde existe la retracción de la arteria, porque si amputamos por un punto más bajo, nos exponemos á que la

porción de tejidos blandos comprendidos desde este punto hasta la sección, se mortifique y se esfacele por no tener riego sanguíneo; esfacelo que haciéndose séptico lleva aparejado consigo la seguridad de la muerte del herido.

Debe amputarse cuando ha habido arrancamiento articular ó dislaceración muscular considerable, lo más próximo á este punto; porque el traumatismo articular puede hacerse séptico ó porque las fibras musculares dislaceradas, mortificadas al separarse, pueden producir un foco séptico que requiera en lo futuro una intervención más peligrosa y cruenta.

Finalmente; debe amputarse por encima de las esquirlas óseas, porque éstas, al desprenderse de su periostio y del resto de la diafisis, obran como cuerpos extraños que impedirían la coaptación de los colgajos y la reparación de la superficie cruenta.

Cuando el proyectil contunde las masas musculares, fracturando ó no el hueso, debe amputarse por encima de la región contundida, pues las masas musculares disgregadas no pueden regenerarse *ad integrum*, y además porque la sangre extravasada con los detritus histológicos de las fibras musculares magulladas, han de producir un foco de supuración, seguramente séptico, que aunque se pusiera al descubierto, no nos permitiría fiar en un simple drenaje, sobre todo si hay fractura, la reposición y curación del miembro herido.

Cuando la avulsión es sólo de una porción de tejidos blandos, por muy poco considerable que sea, requiere la amputación, pues de una superficie cruenta con pérdida de substancia por arrancamiento, á pesar de una escrupulosa antisepsia, no se puede esperar una regeneración ó una cicatrización tan extensa; constituyendo en cambio una puerta de entrada fácilmente accesible á todas las infecciones, sin contar con que el funcionalismo que presidiera el grupo de músculos avulsionados se pierde, pudiendo en lo futuro hacer con el miembro conservado un estorbo más ó menos grande.

Las heridas causadas por bayoneta ó instrumento punzante, requieren la amputación cuando recaen en articulaciones, haciéndose generalmente éstas, por no presentar una exigencia inmediata, en el Hospital de sangre.

(Continuará.)

MIGUEL SLOCKER.

Médico segundo.



## TRATAMIENTO CONSECUTIVO DE LOS OPERADOS

### LA FIEBRE TRAUMÁTICA

Analizando en el tratamiento consecutivo de los operados, las causas que pueden influir en el resultado de las operaciones, observamos la fiebre denominada traumática que aparece de ordinario á las pocas horas siguientes al traumatismo quirúrgico.

Aunque en verdad hoy aún no están conformes todos los Cirujanos en la apreciación de las causas que la motiva, es lo cierto que está por todos reconocida su importancia como elemento sintomático que siempre indica un peligro que amenaza, y que por lo mismo precisa eludirle á todo trance; pues que si esto no se logra, bien puede contar el Cirujano que ha de habérselas con una complicación que seguramente ha de comprometer la existencia de su operado.

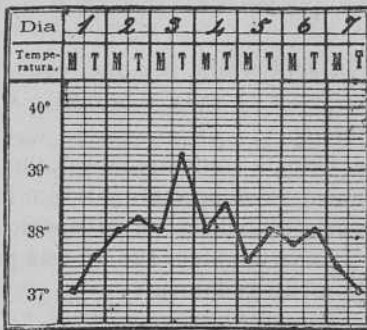
Hasta muy recientemente se ha venido sosteniendo que la fiebre traumática era una reacción necesaria siempre que el traumatismo fuera de alguna consideración; reacción necesaria que indicaba el trabajo aportado por todas las fuerzas del organismo para contribuir á la reparación del traumatismo ocasionado; más tarde se ha admitido la fiebre traumática como dependiente del proceso inflamatorio necesario para la cicatrización, y por último, se la ha conceptuado como efecto de la absorción de los líquidos que bañan la superficie de una herida ó bien de la acción ejercida por micro-organismos patógenos.

Sin embargo, en medio de la obscuridad á que han dado lugar las teorías mencionadas, hasta confundir en una las entidades patológicas fiebre traumática, fiebre inflamatoria y fiebre septicémica, resulta claro en virtud de experimentos repetidos y comprobados, que la verdadera fiebre traumática es originada por la absorción de una substancia séptica con independencia de todo proceso inflamatorio.

La formación y el estancamiento de líquidos orgánicos (sangre, exudado seroso, detritus) en la superficie de una herida reciente; la putrefacción de los mismos y su reabsorción, nos explica y pone de manifiesto los elementos patogénicos que dan origen y carácter á la fiebre traumática séptica, la cual puede afectar formas distintas que varíen en gravedad desde la efímera fiebre denominada generalmente de reacción, que cesa cuando la supuración aparece, hasta la fiebre intensa en que, por ser la absorción séptica excesiva y continuada, reviste la forma de verdadera septicemia por la que el enfermo puede sucumbir rápidamente.

La temperatura en la fiebre traumática rara vez excede de 39° 3;

y esta cifra térmica que llega á su máximo en unas 36 horas con remisiones matinales y exacerbaciones respectivas, no suele durar



más de 50'6 días, ni aun es lo natural que tanto dure, pues si en este tiempo no ha desaparecido ya puede sospecharse una anómala complicación.

Por lo común empieza con prodromos que se manifiestan por malestar general, desasosiego, cefalalgia, calor y sed, lengua saburrosa y seca, orina escasa y encendida, y pulso frecuente y lleno, ordinaria-

mente; y cuando la sepsis no es excesiva la fiebre decrece de una manera gradual á medida que la herida se organiza y cubre de brotes carnosos que, constituyéndose en diques protectores, cierran el paso á la absorción del veneno pirógeno.

Por el contrario, si la granulación no se efectúa ó lo hace con imperfección, la sepsis progresa sin obstáculo y la fiebre traumática adquiere un carácter acentuado de gravedad.

Es un hecho clínico que la fiebre cuyo estudio nos ocupa, tiene fértil campo para su desarrollo en aquella clase de operaciones en que la asepsis no ha sido practicada convenientemente, es decir, siempre que se ha operado sobre un foco patológico séptico y en el que concurren, por consiguiente, de una parte los corpúsculos organizados que el aire atmosférico transporta, y de otra la inoculación producida por los instrumentos sépticos.

A veces la fiebre se manifiesta apenas terminada la operación, cuando aún no ha habido tiempo para realizarse las mencionadas descomposiciones; esta fiebre, que ha recibido el nombre de traumática simple en razón al escaso desarrollo que adquiere, dura generalmente sólo dos días y en ella la cifra térmica no suele ascender de la normal más de un grado.

El diagnóstico de la fiebre traumática es, pues, fácil y no puede confundirse ni con la fiebre inflamatoria ni con la septicémica. La fiebre inflamatoria tiene signos físicos y determinados, peculiares de suyo, que imprimen á su acción un carácter especial y propio: una vez provocada la inflamación, bien en el órgano lesionado ó ya en sus adyacentes, el proceso inflamatorio engendra el agente pirógeno, que llevado al torrente circulatorio provoca la fiebre, de origen como se ve puramente inflamatorio, puesto que la inflamación *per se* ha bastado para producirla, y por que habiéndola antecedido los tras-

tornos locales visibles, la ponen en evidencia; causa sobrado suficiente porque comprobado está en repetidos experimentos que todo principio flogógeno lo es pirogeno, á la vez que todas las sustancias flogógenas no lo son sépticas.

Tampoco cabe la confusión con la septicemia, por que, como ya dejamos dicho, esta es la fiebre traumática elevada á la máxima de sus elementos morbígenos y de absorción.

Es un axioma en el terreno de la Cirugía contemporánea, que la fiebre traumática, ya simple ya séptica, no se presenta jamás mientras que la anestesia haya estado bien efectuada y en la operación observado la más rigurosa asepsis; y lo es también que si ésta previene la infección, la antisepsis la combate rudamente.

En ambos se funda la base del tratamiento.

En efecto, ya lo hemos dicho y tendremos necesidad de repetir más adelante, la base capital, el fundamento del tratamiento de la fiebre traumática estriba en la observancia de la asepsis ó la antisepsis, que ha conquistado la Cirugía contemporánea y merced á las cuales la terapéutica quirúrgica ha adquirido asombroso desarrollo.

Por lo demás, el tratamiento general ó médico es puramente sintomático; el sulfato de quinina administrado interiormente y á dosis elevadas es el antiséptico más poderoso que empleamos con ventajosos resultados, mejor aún que el ácido salicílico y mejor que toda esa serie de alcaloides modernos tan preconizados hoy, y tan enboga á pesar de no haberlos sancionado aún la experimentación necesaria.

J. PÉREZ ORTÍZ

Médico primero.

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**Reumatismo.—Medicación termo-resinosa.**—La tesis de doctorado de Mr. Chevaudier ha dado ocasión al Dr. Moreau para presentar á la *Société d'Hygiène* un estudio-resumen de la medicación termo-resinosa, la cual, á su juicio, merece un lugar preferente en la terapéutica moderna.

La acción fisiológica de los baños de vapor termo-resinoso, secos, es distinta de la que poseen los baños de vapor ordinarios. En tanto que los primeros enrojecen, congestionan y contraen la piel, los segundos la relajan y la arrugan. Los sudores provocados por aquellos, dependen de un trabajo activo de las glándulas sudoríparas, y los que determinan estos últimos resultan de una especie de exudación pasiva. En la estufa húmeda, antes de calentarse la piel se cubre de sudor: en la estufa seca, por el contrario, la aparición del sudor va precedida de un hormigueo particular producido



por la congestión de los vasos capilares. En la estufa seca se pueden soportar temperaturas elevadas (60, 70 y hasta 80°), y el baño de vapor sofoca á los 50 grados y quema á los 55.

Los enfermos transpiran copiosamente durante su permanencia en la estufa y, á pesar de esto, no se debilitan y hasta aumentan de peso; y el olor á violeta que se nota en la orina expulsada poco después de la salida del baño, demuestra que se absorben grandes cantidades de vapor oleo-resinoso. Las secreciones de las mucosas aumentan: las mucosidades se hacen más difluentes y, como es natural, la expectoración es más fácil, y las erupciones miliares que algunas veces se presentan desaparecen espontáneamente á las 24 ó á las 48 horas. Las funciones digestivas, así como las del sistema nervioso, participan también de la excitación general que esta medicación provoca.

En el Instituto termo-resinoso de la calle Pigalle, de París, funcionan independientemente varias cámaras-estufas, y gracias á la perfecta disposición de los aparatos puede el Médico regularizar en cada caso la temperatura del baño. Esto es, por lo general, de 50 á 60 grados centígrados, y después de tener al enfermo en la estufa durante 20 minutos, se le envuelve en una manta de lana y se le coloca en una cama donde permanece durante tres cuartos de hora ó una hora.

Esta medicación es utilísima en las distintas variedades de reumatismo apiretico: en el reumatismo articular subagudo, crónico y nudoso, así como en el fibro-muscular y secundario, produce unos efectos sorprendentes.

Como resumen de los anteriores párrafos, transcribimos las siguientes conclusiones formuladas por el Dr. Chevaudier:

1.<sup>a</sup> Las afecciones diatésicas en sus manifestaciones subagudas ó crónicas, pueden ser ventajosamente tratadas por los métodos funcionales, y particularmente por el método termo-resinoso.

2.<sup>a</sup> La acción terapéutica de esta medicación se debe á la influencia que ejercen sobre la piel el calor seco y los vapores resinosos, si bien éstos últimos obran también sobre las mucosas, la secreción urinaria y la oxidación de la sangre.

3.<sup>a</sup> Un buen régimen constituye un importante auxiliar en la medicación.

4.<sup>a</sup> Los sudores copiosos de los reumáticos sometidos á este tratamiento no son debilitantes, pero conviene á pesar de esto no prolongar la medicación termo-resinosa más de lo que duran de ordinario las curas hidro-termales.

(*Journal d'Hygiène*).

\* \* \*

**Mareo.—Sulfato de quinina.**—Fundándose el Dr. Richet en las analogías sintomáticas que existen entre el mareo y el vértigo de Meniere, ha empleado el sulfato de quinina como profiláctico de aquel angustioso síndrome, recordando que este medicamento ha sido administrado con éxito por Chacot en el vértigo auricular.

El Dr. Richet aconseja la ingestión de un gramo de sulfato de quinina en un sello cuatro horas como máximo, y dos horas como mínimo, antes

de embarcarse, y recomienda además las precauciones habituales—la posición horizontal, por ejemplo—que son siempre útiles.

(*La Medicina Contemporánea*).

\* \* \*

### Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado.

—El Dr. Cheron ha estudiado este asunto complejo y expuesto los diferentes tratamientos propuestos para su curación. Se muestra partidario de renunciar ya desde el principio á todo tratamiento interno, y de recurrir desde luego á la intervención quirúrgica. Los diversos métodos se dividen en tres grandes clases: métodos que se proponen matar los hidátides, 1.º, por privación del agua; 2.º, por inyección de sustancias parasiticidas; y 3.º, métodos puramente quirúrgicos.

1.º La *punción evacuatriz simple* puede ir seguida de curación después de una ó varias punciones; las recidivas, sin embargo, son comunes, y además, esta operación, benigna en apariencia, expone á graves contingencias: urticarias, estado sincopal con disnea, enfriamiento, vómitos y colapso, peritonitis y aun en algún caso muerte súbita. Estos accidentes han sido atribuidos á una intoxicación por absorción de las ptomainas contenidas en el líquido hidatídico que ha podido filtrarse dentro del peritoneo durante la punción. La operación puede ir también seguida de la supuración del quiste. Es, por lo tanto, necesario no hacer presión alguna sobre la bolsa durante la evacuación y procurar una antisepsis rigurosa.

2.º Las *inyecciones parasiticidas* pueden dar buenos resultados y están al alcance de todos los prácticos. Han sido propuestos un gran número de líquidos, pareciendo preferible el sublimado, según las indicaciones de Debove. Se vacía completamente la bolsa, y se inyectan luego 100 á 150 gramos de licor de Van-Swieten, según el volumen del quiste. La solución permanece en el quiste durante 5 ó 10 minutos y luego es evacuada.

Para evitar la intoxicación con el sublimado, la mayoría de los autores aconsejan grandes lavados complementarios con agua esterilizada ó salada. Las inyecciones de naftol no ofrecen los inconvenientes de las de sublimado. Los casos de éxito son numerosos aun en quistes supurados; 17 casos tratados con los lavados de naftol ó sublimado han sido todos seguidos de éxito, sin accidente grave ninguno.

3.º Los *métodos quirúrgicos* propiamente dichos son numerosos. Mr. Cheron describe solamente dos procedimientos, el del prof. Verneuil, que consiste en la punción y un grueso tubo permanente, y el de Lindemann-Landau, que consiste en hacer la laparotomía desde luego, para llegar al quiste. Según Mr. Richelot, este es el verdadero tratamiento moderno del quiste hidatídico. Pero ya se comprenderá que tal operación no está al alcance de todos los prácticos, que la mayor parte de veces deberán contentarse con la evacuación, sobre todo cuando el quiste es accesible al trócar. En otro caso deberá recurrirse al procedimiento de Verneuil y cuando los quistes son postero-superiores á la laparotomía.

(*Rev. de Cienc. Méd.*)

\* \* \*

**Exantemas.—Acetato de amoniaco.**—En el *Wiener med. Presse*, recomienda Vidal grandes dosis de acetato de amoniaco para el tratamiento de la escarlatina, y cree que acaso pueda ser de buen resultado dicho medicamento para tratar otros exantemas. Lo ha administrado á tres niños que padecían escarlatina, en dosis diaria de 17 á 45 decigramos. La temperatura descendió con rapidez comenzando la descamación á los cuatro días próximamente. Cuanto más al principio de la dolencia se emplee el mencionado medicamento, mejores son los resultados obtenidos.

(*Philad. med. News*)

\* \* \*

### Acción comparada de los medicamentos cardiacos.

—En la sesión celebrada el 2 del actual por la Academia de Medicina de París, el Dr. German Sée ha resumido en los siguientes términos el resultado de sus propias observaciones acerca de dicho particular.

«Por el estetótopo y método de percusión por medio de la transmisión de los ruidos del corazón á las superficies óseas, de Constantino Paul, he podido hacer repetidos estudios, cuyas conclusiones, en lo que se refiere á la acción de los medicamentos, son:

1.º *La esparteína* es el remedio que disminuye más prontamente las dimensiones del corazón y el que mejor fortifica el músculo cardíaco aumentando su tonicidad. Otros varios experimentadores, empleando distintos métodos, habían ya llegado á la misma conclusión, y como nosotros han visto la falta de diuresis.

2.º *La digitalina* disminuye igualmente el volumen del corazón, pero obra especialmente sobre las cavidades derechas. No parece tener acción más que cuando estas cavidades están previamente dilatadas, es decir, solamente en un estado patológico definido.

3.º *El ioduro potásico* disminuye igualmente el volumen del corazón, pero su acción es mucho menos intensa que la de la esparteína.

4.º *La antipirina* aumenta el volumen total sin influir sobre la presión arterial.

5.º *El bromuro potásico* está en el mismo caso que la antipirina y obra de un modo completamente opuesto al ioduro potásico, dilata el corazón en su totalidad y quizá más el derecho.

Quedan entre los medicamentos sin eficacia sobre el corazón, la cafeína en primer lugar, que no tiene ninguna acción y deja á aquél en una indiferencia absoluta.»

(*Progreso Med. Farm.*)

\* \* \*

### Afecciones de los oídos.—Pilocarpina.

—Politzer aconseja las siguientes reglas para la administración de la pilocarpina en las enfermedades de los oídos:

Las inyecciones subcutáneas de pilocarpina están particularmente indicadas en las afecciones recientes del laberinto, sean ó no sifilíticas. En la inflamación aguda del oído medio, las inyecciones son de poco uso; en el catarro seco de dicha región, están contraindicadas.

En algunos casos de catarro con inflamación y ligera secreción, son con-

venientes las inyecciones de una solución al 2 por 100 dentro de la cavidad timpánica.

(The Practitioner.)

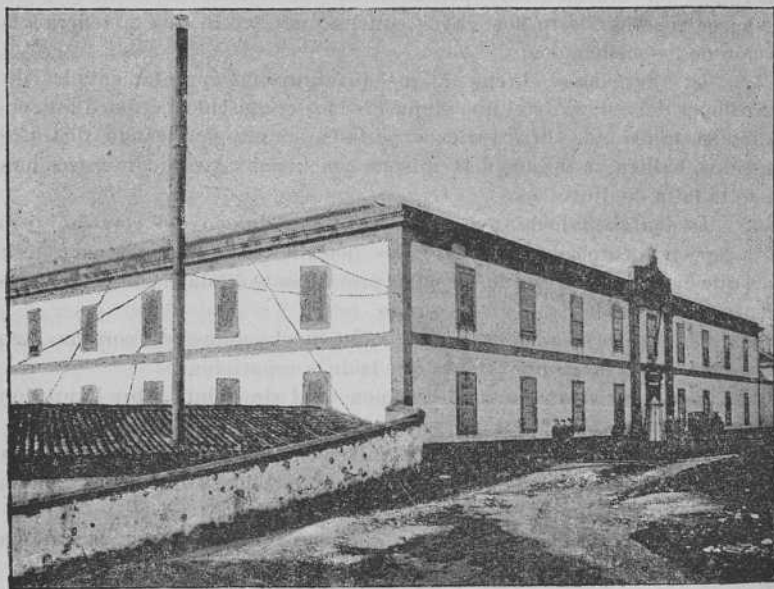
---

## SECCIÓN PROFESIONAL

### NUESTROS HOSPITALES

#### **El de la Coruña.**

El edificio en que se halla instalado es de mampostería y cantería y se encuentra al E. de la ciudad. Es de forma casi rectangular: la fachada principal, que mira al N., corresponde á una calle que mide

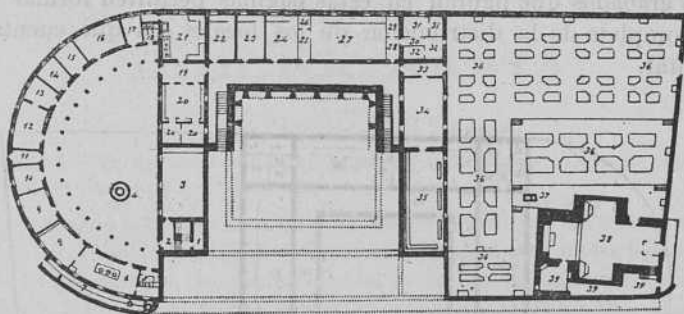


diez metros de anchura; los lados E. y S. dan al mar, del que se halla separado por un camino limitado por la muralla, y al O. está el paseo llamado de San Carlos. Tiene un patio central, rectangular y otro semicircular que separa la fachada de las dependencias indicadas en el plano correspondiente.

El terreno en que está construido el edificio forma plano inclinado, y á esto se debe el que el piso bajo de la parte posterior resulta subterránea con relación á la fachada principal, con perjuicio para la salubridad del establecimiento y para la solidez del Hospital, ata-

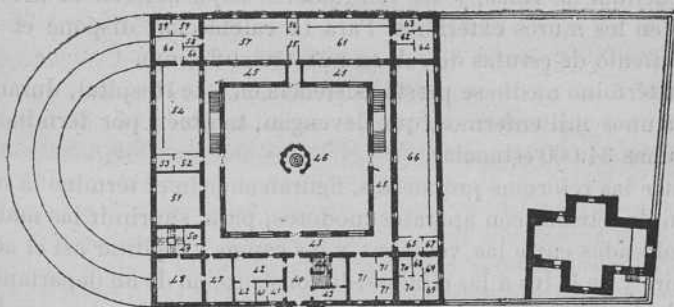
cado constantemente por la humedad producida por las filtraciones á que da lugar la diferencia de nivel indicada.

En el piso bajo están instaladas algunas de las dependencias y al-



1. Cuarto para efectos de limpieza.—2. Vestibulo y escalera.—3. Almacén de carbón.—4. Pozo algibe con sifón y bomba.—5. Letrina y vertedero.—6. Cocina general con su carbonera.—7. Algibe para la cocina y la farmacia.—8. Despensa.—9. Almacén de paja.—10. Habitación de ropa sucia.—11. Entrada á la rotonda.—12. D.pósito de cadáveres.—13. Cuarto de disección.—14. Cuadra.—15. Ropa de enfermos.—16. Desinfección.—17. Almacén de raíces y plantas medicinales.—18. Letrina.—19. Vestibulo.—20. Farmacia.—21. Laboratorio de la farmacia.—22 á 24. Reducidos á una sala.—25. Vestibulo.—26. Cuarto del aparato.—27. Sala de oftálmicos.—28. Vestibulo.—29. Depósito de baños.—30. Vestibulo.—31. Guardarropa.—32. Taller de corte y costura.—33. Vestibulo.—34. Depósito de efectos.—35. Ropería.—36. Jardín.—37. Algibe.—38. Capilla.—39. Sacristía.

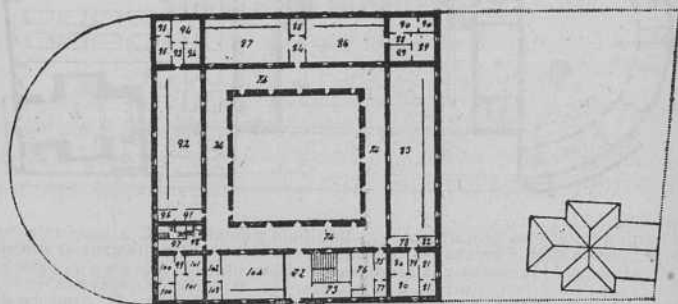
macenes del establecimiento y las salas de oftálmicos y sarna. En el primer piso, que corresponde á la planta baja de la fachada principal, hay tres salas para enfermos y cuatro habitaciones para los casos en que precisa el aislamiento, además de la sala de profesores, el dormitorio de los sanitarios y las habitaciones del Oficial de guardia y del portero.



40. Vestibulo.—41. Comandante de la guardia.—42. Cuerpo de guardia.—43. Portería.—44. Escalera.—45. Corredor.—46. Oratorio.—47. Despacho del Comisario.—48. Oficial Pagador.—49. Vestibulo y escalera.—50. Cuarto de mozo.—51. Corredor para convalecientes.—52. Vestibulo.—53. Almacén de prendas de la Brigada.—54. Dormitorio de los sanitarios.—55. Vestibulo.—56. Aparato de Cirujía.—57. Sala.—58.—Vestibulo.—59. Enfermos aislados.—60. Cuarto de Sargentos.—61. Sala.—62. Vestibulo.—63 y 64. Enfermos aislados.—65. Vestibulo.—66. Sala.—67. Cuarto del sacristán.—68. Vestibulo.—69. Despacho del Subayudante.—70. Almacén de vendajes.—71. Sala de Profesores y Dirección.

En el segundo piso hay cuatro enfermerías, dos grupos de departamentos para casos que deban aislarse, la sala de oficiales y la de dementes.

Los grabados que figuran en estas páginas permiten formar una idea completa de la distribución de los locales con que cuenta el Hospital.



72. Vestibulo.—73. Parque Sanitario.—74. Corredor general.—75. Vestibulo.—76. Sala de presos.—77. Calabozo é incomunicados.—78 y 79. Vestibulo.—80 y 81. Capellanes. 82. Aparato.—83. Sala.—84. Vestibulo.—85. Aparato.—86 y 87. Salas.—88. Vestibulo.—89 y 90. Enfermos aislados.—91. Vestibulo.—92. Sala.—93. Vestibulo.—94 y 95. Enfermos aislados.—96. Aparato.—97. Vestibulo y escalera.—98. Escalera.—99. Vestibulo.—100 y 101. Dementes.—102. Vestibulo.—103. Enfermero de Oficiales.—104. Sala de Oficiales.

El número de camas colocadas en el establecimiento es el de 150; pero podrían montarse las 200 que constituyen la dotación reglamentaria.

Favorecen la ventilación de las clínicas las amplias ventanas, con que cuentan las salas, y los ventiladores bajos abiertos al nivel del suelo en los muros exteriores. Para la calefacción dispone el establecimiento de estufas de cok en número suficiente.

Por término medio se presta asistencia en este Hospital, durante el año, á unos mil enfermos, que devengan, también por término medio, unas 34.000 estancias.

Entre las reformas propuestas, figuran en primer término la instalación de letrinas con aparatos inodoros, para suprimir las mamparas colocadas entre las ventanas y las camas y facilitar así el acceso del aire y de la luz á las clínicas; la construcción de un departamento para enfermedades contagiosas y una sala para dementes, con habitación para oficiales; y la instalación de un balneario.

En la actualidad está encargado de la Dirección de este Hospital el Subinspector médico de segunda clase D. Jose Labarta y Aguin; tienen á su cargo la asistencia de las clínicas los Médicos mayores D. Inocencio Pardo y Lastra, que desempeña á la vez las funcio-

nes de Jefe de servicios, D. Jenaro Rodríguez Córdoba, y D. Jerardo Mariñas y Sobrino. La Farmacia tiene á su frente al Farmacéutico primero D. Turismundo Ayala y López.



## BIBLIOGRAFÍA

---

**Bouchard.**—*Terapéutica de las enfermedades infecciosas.*—Versión española por el Dr. Santana y Villanueva.

Hacia mucha falta que las modificaciones impresas por las teorías microbianas, en el concepto general de muchas enfermedades y en las bases de su moderno tratamiento, se recopilasen fiel y metódicamente, para conocimiento de los prácticos y para la mejor apreciación del valor real de dichas metamorfosis.

Por eso ha tenido tan buena acogida la publicación, hecha por Le Genre, de las lecciones de Bouchard acerca de la *antisepsia*, y por eso creemos que la merece también la versión española de dicha obra que ha editado la casa Bailly-Bailliére.

No nos atreveríamos á afirmar que las lecciones dadas por Bouchard acerca de la antisepsia se mantendrán con el tiempo á la misma elevada altura en que figurarán siempre las lecciones de Clínica Médica de Jaccoud; pero, hoy por hoy, y mientras desempeñen los microbios el importante papel que les asignan los más célebres experimentadores de la época actual, la obra á que nos referimos será precisa, por su misma utilidad, á todo médico que desee conocer los fundamentos y las aplicaciones de la antisepsia y, muy particularmente, á aquél que quiera diagnosticar y recetar con arreglo á la última evolución de la Patología y la Terapéutica.



**Botey.**—*La electrolisis en las derivaciones y experimentos del tabique nasal.*

Con muy buen acuerdo, el Dr. D. Ricardo Botey ha hecho un elegante folleto con el tema que, sobre el mencionado asunto, desarrolló no hace mucho en la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona.

La claridad y precisión con que allí se exponen la patogenia y los diversos aspectos clínicos de las estenosis nasales por deformaciones del tabique; la perfección de las figuras cromo-litográficas que ilustran el texto, y la sencillez con que el autor presentá el ventajoso procedimiento recomendado sucesivamente por Miot, Garel y Moure para combatir la expresada afección, hacen que se lea con gusto y aprovechamiento el último folleto del ilustrado Director de los *Archivos Internacionales de Laringología, Otolología y Rinología.*



## VARIEDADES

Nuestro muy querido é ilustrado colega el *Boletín de Sanidad Militar*, de Buenos Aires, publica, con el epígrafe *Bouquet*, varias noticias de corta extensión que en no pocas ocasiones tienen necesidad de recordar los Médicos militares.

De las que aparecen en el último número, nos permitimos reproducir las siguientes:

Las hemorragias de las arterias son la causa de muerte de las tres cuartas partes de los heridos en el campo de batalla.

Para matar un soldado en la guerra se gasta casi el doble de su peso en plomo: 126 kilogramos aproximadamente.

En general las estadísticas revelan que sobre 22 combatientes hay un muerto, y por siete combatientes hay un herido.

Se calculó que en Solferino, proporcionalmente cada soldado herido recibió 700 tiros de fusil, y cada soldado muerto 4 200 tiros.

\* \* \*

Con el número próximo pensamos repartir un escalafón de cartera en que consten las variaciones que ha experimentado el personal del Cuerpo durante el primer semestre del año actual. Si por el giro que tome en las Cortes la discusión de los presupuestos, ó por otra cualquier circunstancia, creyéramos próxima alguna importante modificación de la plantilla, demoraríamos la impresión de dicho escalafón, á fin de comprender en él las alteraciones consiguientes.

---

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

**Diccionario de Medicina, Cirugía y ciencias auxiliares**, por E. Littré; versión española por los Doctores *Aguilar Lara y Carreras Sanchis*. P. Aguilar, editor, Valencia. Cuaderno 43.

**Tratado de Química biológica**, por Ad. Wurtz; versión española, con adiciones, de *D. Vicente Peset y Cervera*. P. Aguilar, editor, Valencia. Cuaderno 4.º

**Tratado elemental de Patología externa**, por E. Follin y S. Duplay, versión española por los Doctores *López Díez, Santana y Salazar*. C. Bailly-Bailliére, editor, Madrid. Entregas 77 á 80.

**Nuevo formulario enciclopédico de Medicina, Farmacia y Veterinaria**, por *D. Mariano Pérez Múñquez*. Jaime Seix, editor, Barcelona. Cuaderno 26.

**Tratado teórico-práctico de enfermedades de la garganta**, por *D. Federico Gómez de la Mata*. Cuadernos 1.º y 2.º

**La electrolisis en las desviaciones y espesamientos del tabique nasal**, conferencia desarrollada en la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona, por el *Dr. Ricardo Botey*. (Dos ejemplares).