

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVIII

Madrid 15 de Agosto de 1904

Número 412

## APUNTES DE CIRUGÍA DE GUERRA

DE LA ÚLTIMA CAMPAÑA DE CUBA

(Continuación).

*Heridas de la mano por arma de fuego.*—La curación de las heridas de la mano con fractura de los huesos que se citan, se obtiene relativamente bien, una vez practicada la resección y desinfección oportunas. El resultado definitivo con relación al uso de la extremidad afecta, depende de la destrucción irreparable de tejidos importantes y también de la anquilosis.

Entre los de mayor importancia en este género de lesiones, figura el caso del soldado del batallón Cazadores de Arapiles, Luis Roldán Rodríguez, herido de bala en Sabana de la Playa (Pinar del Río) el día 25 de Noviembre del 96. Ingresó en la clínica 10.<sup>a</sup> de heridos con un enorme destrozo de la mano izquierda, en la que el proyectil había destruido por completo la región hipotenar. Aparecían en el boquete, negrozco é infecto, cubiertos por tejidos mortificados consecutivos á la pérdida completa de los dedos anular y meñique, los metacarpianos cuarto y quinto fracturados, atravesada la articulación del tercero con la falange correspondiente y al descubierto la metacarpo falángica del índice. Parecía indicada, desde luego, la desarticulación radiocarpiana en vista de tan considerable traumatismo, que dejaba únicamente el pulgar, cuyo uso tan principal quedaba casi anulado sin un apoyo que completara más ó menos imperfectamente la oponentia. Mas

como es un canon terapéutico conservar de la mano el más insignificante trozo, se dispuso una intervención, consistente en la limpieza perfecta de los tejidos mortificados; se resecaron los metacarpianos cuarto y quinto, dejando tan sólo de éstos las extremidades articuladas al carpo; se extrajo, asimismo, la cabeza del tercero con porción de la extremidad articular de la falange respectiva; se procuró la yustaposición de estos dos huesos, y por último, se cubrió con un colgajo de piel dorsal la articulación metacarpo falángica del índice que estaba abierta. Tan paciente operación no quedó sin éxito; el individuo, que desde luego fué declarado inútil y propuesto para el retiro, salió curado, conservando el pulgar sus movimientos, el índice rígido pero bastante servible, el medio recogido sobre la palma, postura que, en cierto modo, disimulaba la pérdida de substancia de la mano (clínica del Sr. Castillo).

*Heridas del antebrazo.*—Fracturas de uno de los huesos del antebrazo llegan á la consolidación sin dificultad á beneficio del conveniente apósito, previa la oportuna intervención quirúrgica que el caso reclama; sin necesidad de ésta muchas veces, y llegando otras hasta exigir la mutilación. Esto ocurrió con el soldado del batallón de Aragón Angel Escudero Torres, al que un balazo produjo la fractura conminuta de cúbito y radio, dejando sin riesgo los tejidos, que rápidamente se gangrenaron, por lo cual fué necesario amputarle el brazo por su tercio inferior. Curado el individuo, se le propuso para su ingreso en Inválidos (clínica del Sr. Lucía).

Un soldado del batallón expedicionario de Baleares, Aniceto Rodríguez Zamorano, recibió un balazo, en un encuentro con el enemigo, que le atravesó el antebrazo izquierdo por el tercio inferior, con fractura del cúbito, lo que exigió una resección de la extremidad inferior de este hueso, de 8 centímetros de extensión. La herida quirúrgica cicatrizó sin complicaciones, y el enfermo, curado, fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Soler).

En un caso de la clínica 12.<sup>a</sup>, la destrucción ósea ha reclamado la resección del tercio superior del cúbito, sin que después haya

ofrecido entorpecimiento alguno la cicatrización (clínica del señor Castillo).

En la clínica 10.<sup>a</sup> tuvo ingreso el día 20 de Octubre del 96 el soldado José Silvar Freire, del batallón expedicionario de Toledo, que á consecuencia de haber caído de la cubierta á la *bodega* del vapor que le conducía de Nuevitas á la Habana, sufrió la fractura completa de ambos antebrazos por la unión del tercio medio con el inferior, fractura de la clavícula derecha en la unión del tercio externo con el medio y fenómenos de intensa conmoción cerebral, que se convirtieron más tarde en síntomas de encefalitis y permitieron sospechar, fundadamente, la coexistencia de fractura de la base del cráneo. En el curso de tan múltiple y gravísimo traumatismo, presentóse hemorragia nasal, delirio con elevación de temperatura orgánica, gran tendencia de arrojarse de la cama y arrancarse los vendajes, etc., etc. A su salida del hospital, á fin de Enero, declarado inútil, pasó al Depósito de embarque, y como resultado de las expresadas lesiones se observaba sordera algo marcada, más del oído izquierdo, y amaurosis de este mismo lado. Las fracturas del cúbito y radio de ambos antebrazos quedaron bien consolidadas, sin deformidad ni lesión de las funciones, y bien sólida la de la clavícula, aunque con cierto ángulo y callo deforme, cosa frecuente, por lo demás, en este hueso.

*Heridas del brazo.*—Del mayor interés deben considerarse algunos casos de fractura del húmero asistidos en este hospital, entre los que se cuenta, en primer término, por ser ejemplo notable de reproducción ósea, el del soldado del batallón Cazadores de Mérida Victoriano Domínguez Marcos, herido en el combate de Lorsa de un balazo, que, atravesándole el brazo derecho, de delante atrás, por su tercio medio, le había producido fractura conminuta de la diáfisis, con anchos boquetes de entrada y salida.

Conservaba, no obstante los destrozos causados en tejidos blandos y duros, la circulación y actividad nerviosa del miembro, y teniendo además en cuenta el buen estado general del sujeto y la no infección de la herida, que se había limpiado de esquirlas suel-

tas y cuerpos extraños, se concibió la esperanza de que aún pudiera fraguar la fractura sin más intervención, sometiéndola al adecuado tratamiento. En su consecuencia, se le aplicó un apósito sólidamente enyesado, provisto de las convenientes aberturas para la vigilancia y cura de la herida. Treinta y cinco días se le mantuvo en esta postura al miembro, y como al cabo de este tiempo se viera que el hueso apenas había adelantado nada en consolidación, que el trayecto supuraba y que á su través se apreciaban con el estilete porciones ásperas y denudadas, indicios de secuestros, en 7 de Enero del 97 se transportó al enfermo á la mesa de operaciones. Previas las convenientes incisiones, se puso al descubierto el foco de fractura, viéndose que aún conservaba el hueso gran parte de su periostio, en vista de lo cual se practicó la resección de los extremos de ambos fragmentos en cuanto aparecían interesados, respetando cuidadosamente el periostio, extrayéndose con este motivo varios trozos del proyectil, fraccionado por el choque; la diáfisis quedó totalmente reseca en una extensión de 6 centímetros, y sólo unidos los fragmentos de la misma por un manguito muy incompleto de periostio. El miembro se colocó perfectamente inmovilizado en extensión continua sobre una gotiera metálica.

La intervención fué coronada por el éxito; el hueso se reprodujo lentamente hasta llegar á fundirse los dos fragmentos humerales, con lo que resultó una palanca bastante fuerte y sólida para el manejo de la extremidad; caso, además, demostrativo del exquisito cuidado con que en estas clínicas se economizan las operaciones mutilantes.

Terminado el proceso de curación, este individuo fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Peláez).

Antonio Sánchez Fernández, soldado del batallón expedicionario de Antequera, recibió un balazo, en un encuentro con el enemigo, que le atravesó el brazo izquierdo, de delante atrás, con fractura astillosa del húmero. El proyectil, partiéndose en dos al chocar con el hueso, salió por dos orificios por la parte posterior.

Dicha lesión fué causa obligada de una considerable osteotomía para extraer varias esquirlas de la diáfisis humeral, operación practicada en 17 de Julio del 96, con lo cual el individuo curó bien, quedándole las consiguientes alteraciones funcionales en el miembro, que justificaron su propuesta para el retiro (clínica del Sr. Lucía).

El guerrillero de las escuadras de Guantánamo, Marcelino Rodríguez Sáez, fué operado el 24 de Junio del 96, por presentar en la epífisis superior del húmero derecho una herida de bala con profundo trayecto fistuloso, sostenido por un foco de necrosis del hueso; verificado un completo legrado en dicho foco, el enfermo curó rápidamente, siendo propuesto para el retiro (clínica del señor Soler).

Por varios conceptos ofrecen interés las dos observaciones que á continuación se insertan.

El soldado del batallón Cazadores de Puerto Rico, Modesto Calleja Martes, fué herido de bala el día 20 de Mayo del 96, en acción sostenida en las inmediaciones de Yaruco. Al siguiente día ingresó en la clínica 10.<sup>a</sup> de heridos, y presentaba el orificio de entrada en la parte exterior é inferior de la región deltoidea derecha, por fuera de la apófisis coracoides; otra herida irregular extensa en el fondo de la axila, viéndose el orificio de salida por debajo del ángulo de la escápula del mismo lado; el húmero ofrecía fractura conminuta del tercio superior, llegando al cuello quirúrgico, sin que fuera posible precisar si en forma lineal ó con esquirlas; también se prolongaba aquélla hasta la propia superficie articular de dicho hueso.

Transportado al día siguiente á la sala de operaciones, se le extrajeron, mediante desbridamiento de la herida axilar, numerosas esquirlas, algunas de más de 3 centímetros; se regularizaron los dos fragmentos, á fin de facilitar la más exacta coaptación, y habiendo aplicado al paciente un apósito inamovible fenestrado, pudo obtenerse la consolidación, conservando, sin embargo, alguna rigidez articular y limitación de los movimientos del hombro, que es probable desaparezcan con el tiempo.

Juan Gilabert Aran, soldado del batallón expedicionario de la Reina, fué asimismo herido de bala el 23 de Mayo del 96, en la defensa de Consolación del Sur. Asistido en la enfermería de aquel punto hasta el 20 de Octubre, ingresó en la clínica de Cirugía número 16 de este hospital dos días después, con objeto de sufrir los reconocimientos reglamentarios como presunto inútil, siendo declarado como tal al mes siguiente. Presentaba en la proximidad de la apófisis coracoides del lado izquierdo una cicatriz deprimida é irregular, ulcerada en el centro, adherida á los tejidos subyacentes, permeable al estilete, permitiendo reconocer la existencia de un trayecto fistuloso con supuración que corría por delante de la impresión deltoidea en comunicación con el hueso, dando á la exploración indicios de esquirlas sueltas.

Habiéndose procedido á operarle el 2 de Marzo del 97, se le extrajeron, mediante una incisión de 8 centímetros, practicada á lo largo del hueso, tres gruesas esquirlas incrustadas en el tercio superior de la diáfisis, y, extendiendo la incisión en curva hacia la apófisis coracoides, se practicó un vaciamiento considerable de la cabeza del húmero, que aparecía reblandecida y llena de fungosidades. El individuo curó, siendo propuesto para el retiro (clínica del Sr. Castillo).

*Heridas del pie.*—Las heridas de bala en los pies se han observado interesando uno ó más dedos, y en éstos una ó más falanges, ya extendida la lesión al metatarso ó bien conservando esta parte su integridad. En todos los casos, la curación no se hizo esperar una vez convenientemente resecada ó desarticulado el hueso. Heridas de metatarsianos sin alcanzar á los dedos, han seguido igualmente un curso favorable.

En el soldado del batallón expedicionario de la Reina Francisco Rodríguez, se practicó, el 19 de Noviembre del 96, la desarticulación tarsometatarsiana ó de Lisfranc, á consecuencia de una herida reciente de bala que transversalmente le interesó el pie derecho, destrozándole los 5 metatarsianos. El operado cicatrizó sin novedad, y fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Soler).

Jesús Urrestarazu Gómez, artillero del 10.º de plaza, recibió un balazo, penetrando el proyectil por la cara dorsal del pie izquierdo, con salida en la región calcánea. Hubo fractura del primer metatarsiano y de la primera cuña, que motivó la resección completa de ambos huesos, efectuada el 22 de Octubre del 96. El operado curó y fué propuesto para el retiro.

Algunas heridas más en el tarso han obtenido la curación mediante sólo las aplicaciones tópicas antisépticas ó bien con el auxilio de intervención operatoria. José Llorca Linares, soldado del batallón Cazadores de Mérida, fué herido de bala enemiga, entrando ésta por la parte media de la planta del pie izquierdo y saliendo por la cara dorsal de la región tarsiana, fracturando el escafoides y arrancando algunas esquirlas de la extremidad posterior del primer metatarsiano. Extraídos los fragmentos sueltos ó mal adheridos de estos huesos, el 8 de Enero del 97, el paciente, que había ingresado con gran infección, tumefacción y dolor del pie, se alivió rápidamente y curó sin más complicaciones, siendo propuesto para el retiro.

El soldado del batallón de Bailén Nemesio Monaga y Lapana, á consecuencia de una herida por arma de fuego, llegó á presentar caries del tarso y artritis tibiotarsiana del lado izquierdo, lesiones tan graduadas que exigieron la amputación de la pierna por su tercio inferior, efectuada el 8 de Septiembre del 96 á dos colgajos, anterior largo y posterior corto. Curado el individuo, fué propuesto para inválidos (clínica del Sr. Baeza).

*Heridas de la pierna.*—Frecuentes son los casos de heridas de pierna con fractura de la tibia, y siguen éstas, ordinariamente, un curso favorable cuando, libre de esquirlas la solución ósea y separados cuidadosamente los secuestros y fungosidades, son curadas con arreglo á los severos principios de la antisepsia é inmovilidad. La cicatrización se obtiene de este modo con relativa prontitud, muy notable á veces sí, merced á una oportuna resección ó vaciamiento del foco, según el traumatismo, quedan los tejidos en apropiadas condiciones. Así lo demuestra, entre otros muchos, los siguientes casos:

Manuel Escolano, soldado del batallón expedicionario de Guadalajara, fué herido de bala en la parte posterior del tercio superior de la pierna izquierda, produciéndose fractura total de la tibia.

El 21 de Septiembre del 96 se le operó, extrayéndole un proyectil Remington antiguo, incrustado en el espesor del cóndilo interno de dicho hueso, legrándose después el foco, que se hallaba fungoso y reblandecido. El enfermo curó sin más novedad, y fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Atienza).

Por fractura de la extremidad inferior de la tibia izquierda, á consecuencia de un balazo que produjo más tarde una osteitis séptica, ingresó en este hospital el soldado Manuel Jorganes, del regimiento Infantería de María Cristina, lesión que exigió un extenso vaciado de dicha extremidad (22 de Enero del 97), con lo cual cicatrizó muy pronto y salió propuesto para el retiro.

Casos análogos son relativamente numerosos. Las fracturas de las piernas revisten algunas veces tal gravedad, por la importancia de los destrozos que causan los proyectiles, que exigen la amputación.

Ejemplo de esto el que ofreció, por destrozo irreparable de tejidos duros y blandos, á causa de heridas por arma de fuego, el soldado del batallón Cazadores de Mérida Calixto Díez García, procedente del combate habido en las lomas de Lorca el 25 de Octubre del 96. Dicho individuo recibió un balazo en el tercio medio y cara posterior de la pierna izquierda, al que, penetrando de abajo arriba y de atrás adelante, produjo fractura múltiple y extensa de la tibia, y salió proyectando sin duda algunas esquirlas por la cara anterior, inmediatamente por debajo de la epífisis, abriendo ancho boquete en los tejidos.

Presentaba considerable tumefacción y dolor, con manifiesta infección local y general; el pie estaba insensible y no se apreciaban los latidos de la arteria pédia.

Después de emplear inútilmente la irrigación continua con amplio desagüe de la herida y de limpiar ésta de algunas esquirlas sueltas, colocado el miembro en una gotiera metálica, en vista de

la persistencia de la fiebre y del mal estado local, se procedió á la amputación de la pierna, un poco por encima del sitio de elección. Por falta de piel sana no pudo adoptarse el método circular, por lo cual, aprovechando los tejidos, únicos en buen estado, de la cara externa, se talló un colgajo carnosó, dejando comprendido en el espesor del mismo la tibial posterior. El muñón cicatrizó sin incidente alguno, y este soldado fué propuesto para Inválidos (clínica del Sr. Peláez).

H. PELÁEZ,  
Médico mayor.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas.

---

**Diagnóstico de las afecciones unilaterales del riñón.** - El Dr. *Mollá* ha expuesto ante el Instituto Médico Valenciano una conferencia sobre este punto, que extractamos á continuación:

Después de breve exordio, en el que encareció la conveniencia de que esta clase de conferencias versen sobre puntos concretos, y á ser posible prácticos, expuso algunas generalidades sobre la patología del riñón, demostrando que á pesar de los progresos de la anatomía histológica renal y de la fisiología de esta glándula, la patología no deja de ser insidiosa y obscura, hasta el punto de que el diagnóstico de muchas de sus enfermedades es muchas veces difícil y con frecuencia imposible en los primeros periodos de su evolución.

Trazó á grandes rasgos la historia de la cirugía renal, indicando que, hasta después de la mitad del pasado siglo, sólo la terapéutica farmacológica y la higiénica, rara vez la quirúrgica, tenían intervención en la clínica renal; pero desde el año 69, en que Simón de Heidelberg extirpó por vez primera el riñón, la cirugía de este órgano y de la pelvis y uréter había tomado tan altos vuelos que podía colocarse al lado, y tal vez por encima, de la cirugía visceral cavitaria. Indicó que, no solamente en afecciones decididamente quirúrgicas se recurría con éxito á la intervención, sino en afecciones consideradas como genuinamente médicas, tales como el mal de Bright, citando al efecto los trabajos de Arrisson, de Pousson y de

otros Cirujanos, acerca de la decorticación del riñón en ciertas formas de nefritis médicas.

Se extendió en consideraciones para demostrar que sólo las afecciones unilaterales del riñón son tratables quirúrgicamente, y desde este punto de vista, el diagnóstico previo de una afección renal debe llegar á precisar la unilateralidad de la lesión, porque sólo teniendo la garantía de que el otro riñón está sano, anatómica y funcionalmente, puede el Cirujano aceptar con éxito la intervención quirúrgica.

Enumeró una serie de procesos de riñón, pelvis y uréter que son quirúrgicos ú operables por el hecho de ser unilaterales; pero como siempre cabe la posibilidad de que algunos de ellos sean dobles ó de que el riñón que se cree sano esté más ó menos interesado, de ahí la necesidad de apelar á todos los medios de exploración y de diagnóstico para llegar á confirmar ó á excluir la unilateralidad de la lesión.

El diagnóstico, decía, de lesión renal única ó doble no presenta dificultades cuando la lesión es evidente y se traduce por síntomas claros funcionales ó físicos, limitados á uno ó extendidos á ambos riñones, y á los caracteres de la orina; pero hay casos en la clínica que presentan muchas dificultades. Se llega á diagnosticar una afección renal, pero nada más, y el problema estriba en saber si la lesión es doble ó está limitada á un solo riñón. Citaba como ejemplo la presentación en la práctica de síntomas ó síndromes expresión de lesión renal ó pielítica profunda, como ciertas *neumaturias* ó piurias sintomáticas de tuberculosis, ó de tumores renales incipientes, que no se acompañan ni de dolor, ni de aumento de volumen del riñón, y solamente los caracteres de la orina y la seguridad de que la alteración de ésta no reconoce un origen vesical induce á afirmar la existencia de la lesión de riñón. El problema en estos casos estriba en averiguar qué riñón es el enfermo.

Después de indicar los medios comunes y corrientes de diagnóstico y de demostrar la insuficiencia de éstos, dijo el Dr. Mollá que el problema quedaba reducido á determinar de qué riñón procede la orina, ya que la alteración de ésta es el único síntoma apreciable. Este problema clínico quedaba reducido á un problema técnico, que consistía en recoger aisladamente orina de cada uno de los riñones. Para conseguir el objeto indicado citó, describiéndolos, tres procedimientos generales:

- 1.º El método clínico de Nicolik y de Giordano.
- 2.º El cateterismo de los uréteres.
- 3.º La separación intravesical de la orina por el método de Luys.

El método clínico es procedimiento rápido, sencillo, inocente; no exige instrumental especial y puede cualquier Profesor ponerlo en práctica. Se reduce á lavar bien la vejiga con agua hervida y sonda Nélaton y á exprimir rápidamente el riñón y el uréter de un lado por el masaje descendente bien practicado. La primera orina que sale por la sonda procede del riñón sometido al masaje, y repitiendo

la operación en el otro riñón, después de lavar nuevamente la vejiga, se puede recoger aisladamente orina de los dos riñones. El proceder no tiene la exactitud de los otros dos métodos; pero siempre puede ser ensayado, y en algunos casos es el único aplicable cuando por el estado de las vías urinarias inferiores ó de la vejiga no sea posible emplear el cistoscopio ni el separador vesical.

Habló del cateterismo de los uréteres, operación que hoy se practica lo mismo con un fin diagnóstico que como medio de tratamiento, citando casos de pielitis curados por este medio en manos de Cospér y Albarrán. Demostró que mediante el cateterismo diagnóstico puede recogerse orina aisladamente de cada riñón, dejando colocada una sonda permanente en el uréter; pero insistió en las dificultades que ofrece el cateterismo de los uréteres en el hombre, porque para practicarlo con éxito se necesita, además de buen instrumental, mucha práctica y que las condiciones de la uretra, próstata y vejiga lo permitan, lo cual no siempre sucede.

La última parte de la conferencia la dedicó el sabio Catedrático á explicar y demostrar la técnica de la separación de la orina dentro de la vejiga para recoger independientemente la de cada riñón. Demostró lo sencillo y manejable del aparato de Luys, equivalente en dimensiones á una sonda uretral número 23, de la escala francesa, adaptable á la uretra del adulto á no existir estados patológicos de este conducto. Hizo un parangón entre el cateterismo del uréter y la separación intravesical de la orina, mostrándose partidario de esta última operación, por la mayor facilidad de su técnica, la rapidez y la inocuidad de la misma.

El numeroso público aplaudió el trabajo del ilustrado Profesor.  
(*Rev. Valenciana de Cienc. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**Laminectomía.**—El Dr. *L. Durán*: En Octubre de 1902, un operario del Teatro Lírico ingresó en el hospital de la Princesa, sala de San Nicolás, el cual había caído de bastante altura, recibiendo un tremendo golpe en las nalgas sobre la región dorsolumbar. Comprobó en el momento de su entrada una cifosis que correspondía á la última dorsal y dos primeras lumbares, paraplegia, anestesia y retención de orina; indudablemente existía una fractura vertebral, y se ordenó la inmovilización con la gotiera de Bonné. No volvió á ver á este enfermo hasta pasados trece meses después del traumatismo, encontrándole con los mismos síntomas de compresión medular que le apreció en el día de su admisión en el citado hospital.

Dice que le pareció un caso de intervención, pero que antes era preciso para fundamentarla explorar la médula y su función, á fin de darse cuenta de si ésta estaba ó no en condiciones de cumplir su misión; así lo hizo, apreciando que la sensibilidad en ciertas zonas no estaba abolida, aunque sí los reflejos; que la parálisis era floja, síntomas todos que indicaban que la médula podía obtener su conductibilidad; que no había degeneración, y que los fenómenos eran

debidos á la compresión. Hizo la laminectomía, resecaando primero las apófisis espinosas de la duodécima dorsal, primera y segunda lumbar, seccionando las láminas correspondientes, trepanando previamente con la fresa de Doyen, notando un callo laminar derecho que estaba algo adherido á la dura madre.

Quitada la compresión, la médula comenzó á latir, lo cual indicaba su integridad.

En el curso post operatorio, notó en la tarde del mismo día de la operación que la sensibilidad había reaparecido en parte del muslo, pierna, y en las zonas restantes se inició en los días consecutivos. La motilidad continuó por algún tiempo en la misma forma, aunque mejorando lenta, pero gradualmente, con las corrientes eléctricas.

El Dr. *Barragán* dice que en otro tiempo, al principio de la lesión, vió el caso presentado hoy á la Real Academia por el Dr. López Durán, y tenía todos los síntomas de compresión, localizada entre la duodécima vértebra dorsal y primera lumbar.

A los quince días de sufrida la lesión, el enfermo orinaba, y poco después recobró la sensibilidad y el movimiento, pudiendo andar solo, aunque con muletas.

No se hizo intervención alguna, porque opina que en estos casos es conveniente no hacer nada en un espacio prudencial de quince á veinte días, porque si no hay lesión de la textura medular, ellos solos se restablecen, como ocurrió en este caso.

Ahora bien; es posible que, ya por formación de callo exuberante ó por otra causa análoga, la médula sufriera mucho tiempo después compresiones que dieran lugar á fenómenos de paraplegia, siendo entonces necesario establecer intervención.

El Dr. *Fernández Sanz* dice que cuando en sesiones anteriores presentó unos casos parecidos, quedó desilusionado al ver la opinión de los Cirujanos entonces presentes, y uniendo éstas á los resultados de las estadísticas, creyó que efectivamente la cirugía podía hacer muy poco en semejantes accidentes.

Cree que en el enfermo del Dr. López Durán la lesión radicaba en la cola de caballo, en atención al punto donde ésta comienza; el pronóstico en estos casos es mucho más favorable.

El Dr. *Pedraza* se declara intervencionista en toda clase de fracturas óseas; interviene quirúrgicamente hasta en las sencillas de los huesos largos.

El Dr. *L. Durán* no comprende el afán del Dr. Pedraza de intervenir en toda clase de fracturas, pues ni lo cree útil ni la experiencia ha demostrado sus grandes beneficios.

Por otra parte, en las fracturas de la columna vertebral, si la médula está destrozada y no simplemente comprimida, la intervención es completamente inútil.

Refiriéndose á lo expuesto por el Dr. Barragán, no se explica tampoco cómo el enfermo en cuestión, después de haber recobrado la sensibilidad, motilidad, etc., haya recaído hasta el extremo en que lo vió; la atrofia muscular, si no es nuclear, en cuanto empieza

á activarse el funcionamiento por medio de corrientes, masaje, etcétera, sigue éste en progresión creciente y llega á permitir á veces que los enfermos anden; esto es lo que pudo acontecer en este caso.

Concluye diciendo que da más importancia á los fenómenos de motilidad que á los otros, porque aquéllos son los que indican la conveniencia de intervenir.

No cree, como el Dr. Fernández Sanz, que por el sitio de la lesión estuviera interesada la cola de caballo, sino la terminación de la médula.

Se declara intervencionista sólo sobre las láminas, y para eso oportunamente.

(Acad. Méd.-Quirúrg. Española).

\* \* \*

**Patogenia de la anemia perniciosa.**—En una comunicación presentada en la Sociedad Médica de los Hospitales, el Dr. Vaque refiere el caso de un joven de diez y nueve años, asistido por el autor en unión del Dr. Aubertin, que sucumbió después de algunos meses de anemia, por inanición, sin que hubiésemos podido observar en él ninguna de las condiciones etiológicas habituales de esta dolencia.

El número de los glóbulos rojos, que era de 850.000 al ingresar el enfermo en el hospital, descendió progresivamente hasta quedar en 300.000 algunos días antes de la muerte. Los glóbulos blancos no excedían de 6.000, con predominio de los linfocitos, notándose además la ausencia de toda especie de elemento anormal en la sangre. Por último, en la autopsia pudo observarse que la médula epifisaria y diafisaria era completamente amarilla, y por tanto, inútil para la regeneración de la sangre.

Los casos de este orden, que pertenecen á la forma *oplástica* (Ehrlich) de la anemia perniciosa, son aún excepcionales.

Antiguamente se denominaba anemia perniciosa á una afección en que la anemia, habitualmente de causa indeterminada, conducía á la muerte por el empobrecimiento sucesivo de la sangre. Esta designación tiene principalmente su valor pronóstico.

Hoy se trata de saber si el examen de la sangre de un sujeto anémico nos permite deducir el pronóstico de esa anemia. Esa deducción es actualmente posible y se halla completamente justificada.

En sus más débiles grados, y en las condiciones fisiológicas normales, la anemia sólo provoca en la sangre algunas modificaciones de las formas globulares, y algunas veces con aparición de glóbulos rojos mezclados; es la forma llamada *ortoplástica*, la cual implica un pronóstico favorable, pues el proceso regenerativo queda normal.

En los casos más graves, por una destrucción más rápida de la sangre, ó por una insuficiencia de los órganos hemato-poyéticos, se ven aparecer formas anormales de procedencia medular, confirmando un trabajo fisiológico exagerado ó desviado. Estos casos pertenecen á la anemia *metaplástica* de Ehrlich, y están caracterizados por la presencia en la sangre de elementos nucleados de variables

dimensiones (meyaloblastos y metrocitos) ó de otros organismos de procedencia medular (mielocitos, células de Turck, etc.) El pronóstico de esta forma de anemia, aunque generalmente malo, no es necesariamente fatal.

Finalmente, en los casos más graves, como el referido al principio, en el que la insuficiencia medular desempeña el principal papel, no se observa ninguna reacción mieloidea, y la sangre, además de su extremo empobrecimiento y un cierto grado de leucopenia, conserva todos sus reactivos habituales. Esta es la forma *aplástica*, en la cual la médula es amarilla, inactiva, presentando un aspecto fatal, como fatal es también la suerte de esta forma de anemia.

La anemia perniciosa, según las concepciones actuales, pertenece á estas dos últimas categorías, correspondiendo la última á lo que el Dr. Hallem ha llamado anemia por *anhematopoyesis*. Cuando en adelante se hable de anemia grave y se quiera hacer el pronóstico de ella, será necesario especificar de una manera precisa la fórmula hematológica á la que corresponde. La presencia de elementos anormales (magaloblastos, metrocitos), que caracteriza la forma metoplástica, aunque atestigüen un esfuerzo torpe é insuficiente, indica, por lo menos, una reacción orgánica que deja alguna esperanza; la ausencia completa de esos elementos y de las modificaciones que le acompañan se nota en la forma aplástica, siendo la prueba irrecusable de la muerte de la sangre.

(*La Corresp. Méd.*)

\*  
\*\*

**Mecanismo de la visión monocular y binocular.**—El Dr. *M. Márquez* (de Madrid): Si al presente la tan discutida cuestión del semi-entrecruzamiento de las fibras ópticas en el quiasma puede darse por definitivamente terminada, gracias á las investigaciones de Gudden y de Cajal, lo referente á dicho asunto no tiene ya, en el orden de la investigación científica, más valor que el puramente histórico, el cual es precisamente el que yo pretendo poner de manifiesto ante los ilustrados miembros de nuestra Sociedad con la presente *Nota*.

No es mi ánimo hacer historia detallada de las opiniones que se han emitido sobre el entrecruzamiento quiasmático; diremos que se pueden reducir á las tres siguientes: Primera, *falta de cruzamiento* (Galeno, Vesalio, Maître, Jean, Demours, etc.) Segunda, *cruzamiento total* (Sœmmering, Michel, Kœlliker, hasta 1889). Y tercera, *cruzamiento parcial* (Newton, Taylor, Wollaston, Müller, Gudden, Cajal), que es, en definitiva, la que ha prevalecido y á la que nos vamos á referir en la presente *Nota* histórica.

.....  
En realidad, el primero que formuló la *hipótesis* de la semidecusación fué el insigne Newton en 1704 (en la primera edición inglesa de su *Optica*). «Sucede—dice—que las fibras del lado derecho de estos nervios (los ópticos) se reúnen allí (en el quiasma) y van juntas al cerebro por el nervio que está en la parte derecha de la ca-

béza y las fibras que están en la parte izquierda....., etc. «De modo que los dos nervios posteriores (cintas ópticas) se encuentran de tal modo unidos en el cerebro, que sus fibras constituyen allí una sola imagen, de la cual la mitad que hay en el lado derecho del sensorio viene del lado derecho de los dos ojos, por el lado de los nervios ópticos, y la mitad que está en el lado izquierdo, etc.....»

Newton, pues, se limita á *exponer* la hipótesis *sin demostrarla*.

Y aquí entra lo interesante de esta *Nota*. En ninguna de las obras que he consultado se encuentra citado el nombre del inglés Taylor célebre «oculista del Rey de la Gran Bretaña» (como él mismo se hacía titular), que vivió de 1708 á 1772, y que según Antonelli, en su trabajo titulado *Un point d'histoire de l'operation du Strabisme* (París, 1902), recorría Europa haciendo creer que enderezaba los ojos vizecos por un procedimiento especial suyo, calificado por Antonelli de «un procedimiento de charlatán, ni el primero, ni desgraciadamente el último en la historia de la Medicina», siendo, por lo tanto, absolutamente falso, según nuestro criterio, que haya sido Taylor el que ejecutara por vez primera la miotomía en la operación del estrabismo, pues se limitaba á simular una operación, tapando después *el ojo sano* (con lo cual el vizco se endereza según es sabido) y recomendando que no levantasen el apósito hasta unos días después, tiempo suficiente para recibir los honorarios y marcharse de la ciudad.

Mas por merecidas que sean las censuras que nuestro distinguido colega dirige á Taylor, hay que reconocer en éste excepcionales condiciones de inteligencia, como puede verse en sus obras. La casualidad ha hecho llegar á mis manos una de ellas, la titulada *Le mecanisme ou le nouveau traité de l'Anatomie du globe de l'œil.....*, etc., impresa en París en 1738. (Según Leclerc, *Biographie medicale*, tomo II, había también una edición española de la misma fecha).

En dicha obra hay dos capítulos de verdadera importancia. El capítulo XXIII se titula: *De la raison pourquoi les objets paroissent droits quoique leurs images soient peintes renversées sur l'organe inmedial de la vue*. En él, Taylor, después de citar la demostración de que en el fondo del ojo se forma realmente una imagen invertida, haciendo la experiencia con un ojo de buey y una bujía, y de hacer atinadísimas consideraciones acerca de que el alma *no ve la imagen* que se pinta en el fondo del ojo, sino *el propio objeto* al cual refiere el hombre *que ve*, lo que su retina *siente.....* y como *los pinceles de rayos que parten de la parte superior de un objeto no pueden ir más que á las partes inferiores de la retina después de haber pasado por la pupila..... por consecuencia, la parte inferior de la retina no puede sentir más que los rayos que parten de la parte superior del objeto.....*, etc.

Para reforzar sus argumentos, el autor acude á las comparaciones, en las que es maestro consumado, y por ingeniosa no quiero dejar de citar la siguiente: «Suponed—dice—que un General de ejér-

cito tenga una pequeña torre colocada frente al campo enemigo, dividida en dos compartimentos, en cada uno de los cuales coloca un centinela. Las troneras están dispuestas de modo que el centinela colocado en el lado derecho no pueda ver más que el camino del lado izquierdo, por donde pueden venir los enemigos, y viceversa. En estas condiciones, el General juzgará que cuando avisa el centinela situado á la izquierda, el enemigo viene por el lado derecho». Traduciendo esto al lenguaje de ahora, supongamos que en vez de dos centinelas éstos son microscópicos y en número considerable (conos y bastones), y que las direcciones en que pueden dar aviso al General (el cerebro) se cruzan en el punto nodal del ojo, recibiendo las impresiones de los objetos situados en el lado opuesto, y tendremos la expresión exacta de lo que con el nombre de *ley de proyección* exponía Giraud-Teulon casi un siglo y cuarto más tarde en su obra de la visión binocular (París, 1861), y que hoy se llama *principio de exterioridad* y es admitido por los autores más modernos que tratan de fisiología de la visión.

Pero lo más interesante de la obra de Taylor es lo que se refiere á la semidecusación quiasmática, que está tratada con tal maestría, que parece escrito á la hora presente.

En efecto, en el capítulo XXIV, titulado *De la raison pourquoi l'on ne voit qu'un seul objet avec les deux yeux, quoique chaque œil en particulier reçoit une image de même objet*, aun suponiendo que Taylor hubiese leído la *óptica* de Newton (publicada veinticuatro años antes), la teoría de la semidecusación (que Newton solamente expuso sin demostrarla) está tan mejorada, que es imposible decir de ella más ni mejor.

En efecto, en él se formula de un modo explícito y terminante, que cuando hay diplopia «las impresiones de cada uno de los ojos se transmiten por fibras *que no son correspondientes*» (pág. 167, final), y que «no hay comunicación entre las partes externas del fondo de un ojo y las externas del otro»....., sino que *todos los puntos del lado izquierdo ó externo del fondo del ojo izquierdo se corresponden con todos los puntos del lado izquierdo ó interno del ojo derecho, etc., y cada punto en un ojo con cada punto en el otro, que están respectivamente á igual distancia del eje óptico y al mismo lado de él.*

Pero hay más, y es que por medio de una figura representa gráficamente y *demuestra* la necesidad del entrecruzamiento óptico por el procedimiento *ad absurdum*. Supongamos, dice (cada cual puede hacer la figura), una flecha colocada delante de los ojos; no se verá más que una flecha, ya se la mire con uno ó con ambos ojos, aunque se formen dos imágenes, una en cada ojo y ambas invertidas con respecto al objeto, es decir, en la misma posición en un ojo que en otro (si la punta de la flecha, por ejemplo, está hacia el lado derecho, en el fondo de ambos ojos estará hacia el lado izquierdo). *Si las partes externas en el ojo izquierdo comunicasen con las partes externas del fondo del ojo derecho y también las partes internas,*

*veríamos dos flechas, una al lado de otra, pero invertidas una con respecto á la otra...; pero, puesto que no vemos más que una flecha en vez de dos, es preciso que el punto externo del ojo izquierdo comunique con el punto interno del ojo derecho, etc., y por este medio, cuando se mira esta flecha (ú otro objeto) con los dos ojos, no se ve esta flecha doble, sino que su sensación será únicamente más fuerte.*

Ahora bien; todo lo anterior, ¿qué es sino la exposición clara y terminante de la *teoría de los puntos idénticos ó correspondientes*, atribuida generalmente á Juan Müller, el cual, como es sabido, no publicó su gran Tratado de Fisiología hasta 1838, es decir, justamente un siglo después del *Mechanisme* de Taylor? Y la citada demostración *ad absurdum*, ¿qué es sino un anticipo genial de lo que hace poco demostraba Cajal, valiéndose de un esquema, en lo fundamental idéntico al de Taylor en el ya citado trabajo sobre el quiasma, para llegar también á la necesidad del semientrecruzamiento para evitar la diplopia, que de otro modo hubiera resultado?

En resumen, en la obra de Taylor hay conceptos muy dignos de ser tenidos en cuenta. Y si la historia ha de ser imparcial con él, ya que se ponen de manifiesto sus defectos, hay que hacerlo igualmente con sus méritos. Sería para mí un gran placer haber contribuído á esto último con la presente nota, sin que trate por ello de disculpar en lo más mínino los procedimientos charlatanescos que en su práctica utilizaba, comunes, por desgracia, á todas las épocas y á todos los países, é impropios de todo el que quiera ejercer con dignidad la honrosa profesión médica.

El Dr. *Castillo* (D. Rodolfo) felicita al Dr. Márquez por su trabajo de investigación histórica, con lo cual rehabilita en parte la personalidad de Taylor, tan mal tratado por muchos de nuestros contemporáneos. Dígase lo que se quiera, Taylor fué un hombre muy superior, gozó de gran prestigio y de gran popularidad en todas las clases sociales de su nación. Para juzgar á los hombres del pasado, dice el Dr. Castillo, es preciso hacerlo desde el punto de vista de la cultura y civilización de su tiempo, y no de nuestros días. En su obra, Taylor refleja muy bien su ingenio; ideó muchos procedimientos de cirugía ocular, y en cuanto á la operación del estrabismo, no diré que no resolvió el problema quirúrgico, pero lo indicó cuando practicó esta operación por primera vez en Rouen en 1737, y que después hasta 1838, es decir, un siglo después, las inician Stromeyer y Dieffenbach.

El pecado de Taylor, más que otro, fué la ostentación y la vida fastuosa que hacía.

En aquellos tiempos en que las distancias no podían acortarse como hoy por carecerse de medios de locomoción, como los que poseemos los Médicos y los Oculistas, hacían sus excursiones á otras localidades distintas de donde ejercían y á donde eran esperados por los enfermos que no podían concurrir á los grandes centros.

Cuando Taylor hizo un viaje al Continente, lo hizo á lo gran se-

ñor, con soberbios y lujosos trenes tirados por briosos corceles ricamente enjaezados y servidos por tronquistas, lacayos y palafreneros, de bordadás libreas y empolvadas pelucas, como lo usaban en aquella época los grandes magnates. Su coche, que era lujosísimo, en vez de ostentar escudos blasonados, llevaba dibujado en sus tableros grandes ojos humanos, emblema de su profesión, con un letero ó divisa que decía: *qui visum dat vitat dat*.

Así, pues, creo que no somos muy justos en el juicio, que merece alguno el nombre de Taylor, y en ello me complazco aprovechando la ocasión que me facilita el Dr. Márquez, á quien felicito de nuevo por su notable trabajo que nos acaba de dar á conocer.

(1.<sup>er</sup> Congr. de la Soc. Oftal. Hispanoamericana).

\*  
\*\*

**Absorción del alcohol por la serosa peritoneal.**—Operaba el Dr. Bissell (de Nueva York) á una paciente de hysterectomía abdominal, cuando en el curso de la intervencióñ, el estado general de la enferma y su extrema debilidad hicieron temer un fatal desenlace. Se le ocurrió, como último extremo, buscar la acción excitante del alcohol, pero administrado por vía peritoneal, con el objeto de que la absorcióñ fuese rápida, y al efecto, introdujo por la vía operatoria 30 gramos de solucióñ fisiológica, adicionada de 4 gramos de alcohol de 95 grados. El efecto producido fué admirable, hasta el extremo de que, antes de cerrar la herida operatoria, introdujo 250 gramos de la solucióñ alcohólica citada. Á los quince días salía la enferma del hospital curada y sin consecuencias ulteriores. Concluye el Profesor Bissell recomendando y afirmando la utilidad que representa el elegir semejante vía de penetracióñ del alcohol en los casos desesperados.

(*Sémaine Médicale*).

\*  
\*\*

**Un nuevo signo diagnóstico de tuberculosis pulmonar.**— Como tal debe considerarse, según el Dr. Remonchamps, una fina crepitación, que llama laríngea por percibirse con mayor intensidad al nivel de la laringe, y que puede compararse con el ruido causado por una pluma al deslizarse sobre el papel.

Para percibirla, nuestro colega aconseja colocarse frente al enfermo, que debe estar de pie y con la boca moderadamente abierta, colocar la mano derecha sobre el hombro izquierdo del paciente, apoyar la mano izquierda sobre el menton de este último y aproximar el oído del mismo lado hasta colocarlo á unos 5 ó 10 centímetros de la boca del sujeto que se examina.

Dicha crepitación no se percibe más que en los casos de tuberculosis pulmonar; guarda relación, en cuanto á su intensidad se refiere, con los períodos de mejoría ó agravación del paciente; se la oye muchas veces á cierta distancia, cuando durante el curso de una conversación el enfermo inspira con violencia, y constituye un

signo precoz del referido padecimiento, que nos permite formular diagnóstico exacto antes de llevar á cabo ningún examen local.

Los ruidos pulmonares, reforzados por la laringe y la boca, se observan también en la pulmonía franca, en el edema pulmonar y en la congestión del mismo órgano; pero son muy diferentes de la crepitación antes citada. También se diferencia mucho de ella el ruido bucal ocasionado en la bronquitis por los estertores sibilantes y crepitantes. El autor está convencido de que la crepitación laríngea permanente constituye un signo característico de la tuberculosis pulmonar, y que la ausencia de este síntoma, en aquellos casos en que el diagnóstico permanece dudoso, permite abandonar desde luego toda sospecha de dicho padecimiento.

Además, una tuberculosis considerada como curada, no lo está realmente mientras no haya desaparecido por completo la crepitación laríngea.

(*Belgique Medicale*).

\*  
\* \*

**Contribución al estudio de la adrenalina y de sus principales aplicaciones terapéuticas.**— Conclusiones de la tesis de Doctor presentada por D. Juan Coret y Ambrós:

1.<sup>a</sup> La adrenalina es el principio activo de las cápsulas suprarrenales. Obtenida por primera vez en estado de pureza por Jokichi Takamine, la dió á conocer en Enero de 1901.

2.<sup>a</sup> Es una substancia blanca, cristalina, de función básica, por lo que con los ácidos forma sales, siendo la más empleada el clorhidrato de adrenalina en solución al 1 por 1.000, que permite se esterilice y conserve sin perder su actividad.

3.<sup>a</sup> La acción fisiológica general de la adrenalina se ejerce principalmente sobre el aparato circulatorio, estimula al corazón y produce una vaso-constricción é hipertensión arterial, notables aun á pequeñísimas dosis. Esta acción constrictora tiene lugar también cuando se aplica directamente sobre una mucosa, produciendo una isquemía muy acentuada durante unas dos horas aproximadamente.

4.<sup>a</sup> Por su acción terapéutica resulta un tónico cardíaco y un hemostático general. Astringente, antiflogístico y hemostático, en aplicaciones locales. La acción analgésica no es propia, es debida en cuanto obra descongestionando. La asociación cocaína-adrenalina es un poderoso analgésico y hemostático.

5.<sup>a</sup> La toxicidad del alcaloide suprarrenal está muy por encima de las dosis terapéuticas. Generalmente se emplea la solución de clorhidrato desde el 1 por 1.000 al 1 por 10.000, bajo distintas formas de administración.

6.<sup>a</sup> La oto-rino-laringología es la primera especialidad que ha aprovechado los servicios terapéuticos de la adrenalina. Su enérgica acción vaso-constrictora la hace útil para combatir las inflamaciones de las mucosas, y como hemostático, es de conveniente apli-

cación en las epístaxis y hemorragias operatorias; como isquemiante preoperatorio, es insustituible.

7.<sup>a</sup> En oftalmología tiene también extensas aplicaciones como antiflogístico, favoreciendo á la vez la acción anestésica de la cocaína. En las intervenciones cruentas que recaen sobre el aparato de la visión, la hemostasia operatoria se realiza mediante la adrenalina.

8.<sup>a</sup> Aparte las indicaciones que en vías urinarias, como en otras ramas de la Cirugía puede cumplir la adrenalina, hay que hacer notar los beneficiosos resultados de su empleo en las estrecheces uretrales infranqueables, y como medio para hacer el diagnóstico topográfico de las hematurias.

9.<sup>a</sup> Las metrorragias producidas por desórdenes de la circulación, como las debidas á la congestión uterina, las que se presentan en la menopausia, etc., se tratarán con éxito mediante el clorhidrato de adrenalina. Como medicamento de urgencia puede emplearse en toda clase de metrorragias, sin perjuicio de obrar después directamente sobre la causa.

10. La especialidad dentaria utiliza también las propiedades hemostáticas de la adrenalina.

En el tratamiento del lupus mediante la fototerapia, permite su empleo la supresión del compresor.

11. Únicamente podrá permitirse emplear el clorhidrato de adrenalina como tónico cardíaco cuando sea urgente la necesidad de aumentar la fuerza contractil de esta víscera, como en el colapso clorofórmico, morfinismo agudo, etc.

12. La adrenalina es un medicamento utilísimo contra las hemoptisis que se presentan en el primer período de la tuberculosis pulmonar; en cambio, debe proscribirse en el tratamiento de las hemoptisis cavitarias.

(*Rev. de Espec. Méd.*)

\*  
\* \*

**La nefrina contra las enfermedades del riñón.**—El Doctor don Eduardo Xalabarder publica el siguiente caso clínico:

Cerca de veinticuatro horas hacía que doña N., mujer de veintiocho años de edad, había empezado á sentir los dolores del parto. El período de expulsión, sin embargo, á juzgar por el carácter de las contracciones uterinas, databa de unas seis horas. La expulsión se verificaba lenta, pero regularmente. El vértice del feto asomaba á cada contracción por la abertura vulvar. Mas el parto apenas avanzaba.

A poco de estar en la casa, hube de ser testigo presencial de un formidable acceso de eclampsia, que puso en confusión á toda la familia. La parturienta estaba edematosa, como acostumbran á estarlo los nefríticos, y según pude comprobar después por el análisis, la orina contenía una considerable cantidad de albúmina. Una sangría restableció la calma y volvió los sentidos á la enferma; una aplica-

ción de forceps terminó rápidamente el trabajo del parto, que en si no tenía nada de particular.

A pesar de la considerable rasgadura del periné, no vino la más ligera infección, gracias, sin duda, á los cuidados de antisepsis. La involución genital se verificó normalmente.

Al día siguiente la cara de la parida estaba extraordinariamente edematosa, así como todo el cuerpo, especialmente manos y pies. El color de la piel, blanco. La enferma se quejaba de quebrantamiento y postración, pero tenía apariencias de tranquilidad. Orina albuminosa.

Se le prescribió la nefrina Turró, XXX gotas, tres veces en las veinticuatro horas, en un poco de agua. Como alimentación, caldo y leche.

Al siguiente día la albúmina había disminuído tan considerablemente, que la orina, en presencia del calor y del ácido nítrico, tomaba un aspecto lechoso; pero no formaba copos ni precipitado. Seguí, no obstante, el edema, ligera cefalalgia y postración, sin fiebre.

Ocho días después ya no quedaba rastro de edema, y sólo esforzando un poco la voluntad se llegaba á entrever un enturbiamiento de la orina con el ácido nítrico. A los quince días toda estaba en orden.

Cómo obra la nefrina es todavía un misterio. Parece, no obstante, que los experimentos de Brown-Sequard y otros autores, cuyos estudios y conclusiones expone y critica admirablemente mi amigo el Dr. Tarruella en su «Comunicación» al Congreso de Medicina celebrado en París en 1900, que el riñón tiene, á más de la función eliminadora de filtro, otra muy importante también, que es una secreción interna, cuya misión es la de contribuir á la total defensa del organismo. Parece también que esta secreción es un poderoso excitante de la función excretora ó de filtro, y que su disminución y desaparición determina la presencia de albúmina en la orina, por descomposición de ciertos elementos de la sangre, aparte de que quedan sin neutralizar, destruir ni eliminar, una porción de tóxicos que amenazan desplegar el cuadro de trastornos urémicos.

Sea de ello lo que quiera, lo cierto es que la nefrina ó jugo renal constituye un excelente elemento terapéutico para el tratamiento de la nefritis de Brighth. Buena prueba de ello es el caso citado. En cambio, en las nefroesclerosis y, en general, en todas aquellas alteraciones renales que tienen por fondo anatómico la proliferación del tejido conjuntivo, la nefrina se muestra inactiva. *Cuanto más parenquimatosa es la nefritis, más potente se manifiesta la opoterapia renal.*

El Dr. Proubasta ha presentado recientemente á la Academia y Laboratorio de Ciencias médicas de Barcelona dos casos de mujeres embarazadas con alteraciones renales bien demostrativas. Una, nefritis parenquimatosa, curada con la nefrina, y otra intersticial, ó por lo menos con predominio de esta forma, en la cual el jugo renal no impidió el aborto por trastornos urémicos.

Tiene además la nefrina otra ventaja de inestimable valor, y es que permite toda clase de alimentación. Esta circunstancia resuelve en muchos casos el problema del tratamiento de las nefritis, cuando la dieta láctea se hace intolerable. Cree, sin embargo, que todos aquellos enfermos que puedan someterse á esta dieta harán bien en hacerlo, pues que sumándose las ventajas de la leche á los de la nefrina habrá mayores seguridades de éxito. De todas maneras, bueno es saber que la alimentación mixta no es inconveniente para la curación de la nefritis de Brigh, cuando se emplea la nefrina.

(*Rev. Cientif. Prof.*)

\* \* \*

**Un nuevo vejigatorio.**—*Garnier* aconseja substituir el vejigatorio de emplasto de cantáridas ó de cantaridato de sosa, cuyos inconvenientes son bien conocidos, por el de ioduro de metilo compuesto, dotado de propiedades vesicantes sumamente enérgicas, y que tiene, sobre los preparados á que nos hemos referido anteriormente, las grandes ventajas de no introducir elementos tóxicos de ninguna clase en el organismo, no ejercer acción perjudicial ni siquiera molesta sobre el aparato génito-urinario, ser menos doloroso que el vejigatorio cantaridado, no adherirse á la piel y producir una denudación epidérmica que cura con gran facilidad y en muy poco tiempo.

El ioduro de metilo es un líquido incoloro, refringente, muy móvil, de escasa densidad, 2'19, y que hierve á los 45°. Aplicando una pequeña cantidad de este producto sobre la piel, y teniendo cuidado de prolongar el contacto de sus vapores cubriendo la zona ó región así tratada con un apósito impermeable, se observa á los pocos minutos un enrojecimiento eritematoso acompañado de dolor como de quemadura, que desaparece al cabo de diez ó quince minutos, para dejar tan sólo una sensación de calor muy soportable. A los tres ó cuatro minutos, las capas más superficiales del dermis se levantan formando grandes vesículas.

He aquí cómo debe procederse para la aplicación del medicamento:

Después de bien limpia con un líquido antiséptico la región en que se va á operar, se cortan varias hojas de tafetán gomado de un tamaño exactamente igual al de la vesícula que se desea obtener; se hace lo mismo con una hoja de papel filtro ordinario doblado en varios dobleces, y se dispone una capa de algodón cuya superficie exceda en 3 ó 4 centímetros á la del tafetán.

Una vez preparado todo esto, se ponen los trozos de papel filtro sobre los de tafetán, se vierten sobre aquéllos algunas gotas de ioduro de metilo uniformemente repartidas, se aplican rápidamente sobre la piel, se coloca encima el algodón y se recubre toda la superficie del apósito con una capa de colodión. Para que la operación resulte más breve y no se evapore nada del ioduro de metilo, se

debe tener la huata cubierta de antemano, por sus bordes, de codión.

En cuanto á la cantidad de líquido vesicante que debe emplearse, bastan L á LX gotas para un vejigatorio de 10 centímetros cuadrados; pero téngase en cuenta que un exceso de dicho líquido no puede producir ningún trastorno.

Según el Dr. Garnier, el efecto se produce al cabo de cuatro ó cinco horas; pero aconseja no levantar el apósito hasta las veinticuatro, pues de este modo se obtienen vesículas muy grandes que permanecen intactas debajo del algodón.

El tratamiento consecutivo es exactamente igual al de los vejigatorios ordinarios.

(*La Corresp. Méd.*)

\*  
\* \*  
\*

**Inyecciones de ictiol contra el linfosarcoma.**—El Médico ruso Dr. N. N. Vnoukov, de Trritzk, tuvo la idea de ensayar á la desesperada el ictiol en un hombre de sesenta y un años atacado de un linfosarcoma inoperable del cuello, de evolución rápidamente progresiva, á pesar del uso prolongado del ioduro de potasio en varias inyecciones intersticiales de una solución alcohólica de azul de metileno. Inyectó en el ganglio más voluminoso un gramo de una mezcla compuesta, por partes iguales, de agua destilada é ictiol, previamente hervido. En las primeras veinticuatro horas que siguieron á esta intervención, el ganglio resultó ligeramente tumefacto y doloroso; pero, al cabo de dos días, habiendo declarado el paciente que sentía cierta mejoría, se le hizo una segunda inyección. Abandonó en seguida el hospital, al que no volvió sino después de quince días; observándose que tanto los ganglios en los que se había hecho las inyecciones, como las tumefacciones del lado opuesto, habían disminuido considerablemente de volumen. Visto esto, se continuó el mismo tratamiento, introduciendo en el tejido celular subcutáneo de la espalda hasta 2 gramos de ictiol á la vez, con seis ó siete días de intervalo. Se hicieron en total 7 inyecciones, y se tuvo la satisfacción de comprobar que todos los ganglios, antes considerablemente tumefactos, habían resultado apenas perceptibles al tacto.

En vista de este resultado, el Dr. Vnoukov estima que las inyecciones de ictiol merecen ensayarse como medio de tratamiento del linfosarcoma, por lo menos en los casos inoperables.

(*La Clínica Moderna.*)



## SECCION PROFESIONAL

### SUELDOS HABERES Y GRATIFICACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista del escrito de la Comisión liquidadora de la Intendencia militar de Cuba, interesando se dicte una resolución concediendo la compensación de las pagas de auxilio de marcha á los Generales, Jefes y Oficiales del ejército de Cuba que las percibieron en las pagadurías de gastos diversos y general militar con las de navegación á que tienen derecho, autorizando al efecto á la Comisión liquidadora de la Habilitación de expectantes á embarco de dicha Isla para que practique la reclamación de las mismas; la Junta de esta Inspección, en uso de las facultades que le concede la Real orden circular de 16 de Junio del año anterior (*D. O.* núm. 130), acordó, de conformidad con lo informado por la Ordenación de pagos de Guerra, resolver:

1.º Que sean consideradas como de navegación las pagas que, en concepto de auxilio de marcha y en virtud de órdenes al efecto, facilitaran las diferentes pagadurías de gastos diversos del Ejército de Cuba, así como la pagaduría general militar, á Generales, Jefes y Oficiales que fueron repatriados al finalizar la campaña de aquella Antilla.

2.º Que la formalización del expresado devengo se practique por la Habilitación de la Comisión de incidencias de expectantes á embarque de la referida Isla, mediante la debida acreditación en nómina, según lo dispuesto por Real orden fecha 5 de Diciembre de 1900 (*D. O.* núm. 272).

3.º Dispensar á la Habilitación indicada de formar los ajustes que en general previene se formen la Real orden circular de 7 de Marzo de 1900 (*C. L.* núm. 67), toda vez que en este caso el importe del cargo de cada ajuste sería igual al haber del mismo y su redacción conduciría sólo á un exceso de documentación.

4.º y último. Que el personal que se encuentre en las circunstancias á que se refiere el inciso 1.º, justifique ante la Comisión liquidadora de la Intendencia militar de Cuba, y mediante la remisión de certificado expedido por los Comandantes mayores de los Cuerpos ó Habilitados de las clases á que fueron destinados á su regreso de la Isla, la circunstancia de, para compensar pagas de navegación percibidas, no haber cobrado haberes durante los dos meses siguientes al de su salida de Ultramar, conforme determina la Real orden de 3 de Mayo de 1899 (*D. O.* número 99).

Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 27 de Julio [de 1904.—El General Inspector, Pedro Sarraís.—Excmo. Señor . . . .»

\*  
\*  
\*

### COMISIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: Terminado el plazo de la convocatoria para las oposiciones que han de celebrarse en el próximo mes de Agosto con objeto de cubrir las plazas de Oficiales de Sanidad Militar que han de desempeñar las comisiones científicas en el extranjero á que se refiere la Real orden circular de 12 de Febrero próximo pasado (*D. O.* núm. 34), el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que los Tribunales nombrados al efecto se atengan para el desempeño de su cometido á las instrucciones siguientes:

1.<sup>a</sup> El día 13 de Agosto próximo se constituirán separadamente para acordar los temas del ejercicio oral, la forma en que ha de realizarse el de idiomas y revisar las instancias y documentos presentados por los aspirantes, así como para acordar también todo lo pertinente á la mejor práctica de las oposiciones.

2.<sup>a</sup> A las ocho de la mañana del día 16 del citado mes se constituirán los Tribunales con la asistencia de los opositores; el de Medicina, en la Academia Médico-Militar, y el de Farmacia, en el Laboratorio Central de medicamentos.

3.<sup>a</sup> Constituido el Tribunal, el Secretario dará lectura de la Real orden que motiva esta convocatoria, á la de 13 de Febrero de 1901 (*D. O.* número 36), á las presentes instrucciones y á la lista de los opositores, verificándose, acto seguido, un sorteo para determinar el orden en que éstos han de efectuar los ejercicios, pudiendo darse inmediato comienzo al primero si el Tribunal lo creyere oportuno.

4.<sup>a</sup> En armonía con lo dispuesto en la convocatoria, consistirá el primer ejercicio en una prueba del conocimiento del idioma ó idiomas que de los designados posea cada actuante.

5.<sup>a</sup> Terminado este acto, juzgará el Tribunal, en sesión secreta, acerca de las aptitudes de los opositores para continuar los ejercicios, excluyendo á los que no la demostraren. Al terminar la sesión hará fijar en la tablilla de anuncios del establecimiento la relación de los aprobados.

6.<sup>a</sup> Para la práctica del ejercicio oral procederá el Secretario á insacular papeletas que contenga cada una un tema relativo al objeto de la comisión, siendo el número de aquéllas doble del de opositores que hayan de verificar el ejercicio. Acto seguido, el opositor á quien por el número

del sorteo corresponda, sacará una papeleta y explanará el tema, empleando una hora como límite máximo. En igual forma actuarán los demás opositores. El tema explanado por un opositor no podrá ser desarrollado por ningún otro.

7.<sup>a</sup> El ejercicio práctico se verificará simultáneamente por todos los opositores aspirantes á la misma comisión, en la forma, condiciones y limitación de tiempo que los Tribunales determinen. «El de Cirugía militar, y en especial las infecciones quirúrgicas más comunes en el ejército», consistirá precisamente en un trabajo de análisis micrográfico; el de Cirugía de guerra, en la práctica de una operación quirúrgica en el cadáver, y el de Farmacia, en un análisis ó preparación adecuada al tema que se designe.

8.<sup>a</sup> Terminada la práctica de este ejercicio, cada opositor hará una breve exposición oral de los métodos ó procederes técnicos que el tema exija, exponiendo las razones que haya tenido en cuenta para dar preferencia al elegido.

9.<sup>a</sup> Para cada ejercicio se citarán á los opositores con la anticipación debida, mediante un anuncio que se fijará en la tablilla del establecimiento.

10. Sólo por causa de enfermedad, debidamente justificada, podrán los opositores dejar de asistir á los dos primeros ejercicios, actuando, en tal caso; en último lugar. La asistencia al ejercicio práctico será en absoluto inexcusable, quedando eliminado del concurso el que no concurriere oportunamente.

11. Terminadas las oposiciones, los Tribunales, en sesión secreta, procederán á designar los aspirantes que hayan de ser propuestos para las respectivas comisiones, expresando el Tribunal de Medicina las poblaciones del extranjero donde hayan de desempeñarse. Al efecto, cada juez votará al opositor que estime más apto, eligiéndose al que obtenga mayoría absoluta. Si ningún opositor la alcanzara se procederá á segunda votación, sólo entre los que hubiesen logrado mayor número de votos, haciendo inmediatamente público, el Presidente del Tribunal, el nombre del designado.

12. Los Presidentes de los Tribunales remitirán oportunamente á la Sección de Sanidad Militar en este Ministerio las actas, con devolución de los documentos relativos á los opositores, la cual Sección, por su parte, en vista de estos antecedentes, propondrá á la Superioridad la designación de los opositores elegidos por los Tribunales para las comisiones científicas de que se trata.

13. Las Autoridades superiores militares respectivas autorizarán la

venida á esta Corte, antes de 12 de Agosto próximo, á los Médicos y Farmacéuticos primeros que han solicitado concurrir á estas oposiciones.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 29 de Julio de 1904.—Linares.—Señor.....»

---

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

JAPÓN.—La proporción de los Oficiales muertos y heridos en las batallas del Yalu y de Kincheo demuestra el hecho de que en el ejército japonés no es necesario que se sacrifique un gran número de Oficiales para realizar el asalto y toma de una posición.

En la batalla de Nashan tuvieron 31 Oficiales y 713 soldados muertos y 100 Oficiales y 3.343 soldados heridos, cuyas cifras dan una proporción de un Oficial por cada 23 hombres en el número total de bajas.

En la batalla del Yalu tuvieron 38 Oficiales y 1.065 soldados entre muertos y heridos, siendo por tanto la proporción de 1 por 28.

Ahora bien, en la batalla de Talana, que fué la primera de la guerra con los boers, los ingleses tuvieron 31 Oficiales muertos y heridos y sólo 196 hombres fuera de combate, lo que da la elevadísima proporción de un Oficial para 6 ó 7 soldados.

En Colenso, cuando las tropas inglesas se retiraron del combate, habían perdido 50 Oficiales y 857 hombres entre muertos y heridos, ó lo que es lo mismo, en la proporción de 1 á 17.

En la guerra franco-alemana, los franceses tuvieron un total de bajas de 609 Oficiales y 11.700 hombres, lo que da un Oficial para cada 19 hombres, en tanto que los alemanes, que eran los que atacaban, tuvieron 904 Oficiales y 19.000 hombres entre muertos y heridos, ó sea un Oficial por cada 21 hombres.

Las pérdidas de los ingleses en la batalla de Alma, en Crimea, fueron de 25 Oficiales muertos y 71 heridos, y en la tropa 337 muertos y 1.540 heridos, lo que da un Oficial por cada 19 hombres fuera de combate.

Precisa, pues, reconocer, dados los ejemplos que se citan, que los soldados japoneses no necesitan de un esfuerzo anormal por parte de sus Oficiales para realizar con éxito el ataque de posiciones atrincheradas y defendidas por un enemigo valeroso.

Tomamos de la *Internationale Revue uber die gesammten Armeen und Flóten* los datos siguientes sobre la importancia de los socorros concedidos á los militares que quedan inútiles y á las familias de los que mueren á causa de sus heridas.

Socorros:

*Defunción.*—General, 3.000 yens; Teniente General, 2.400; Mayor General, 2.100; Coronel, 1.500; Teniente Coronel, 1.200; Mayor, 900; Capitán, 600; Teniente, 450; Subteniente, 360; Ayudante, 300; sargento mayor, 250; sargento, 230; cabo, 200; soldado de primera clase, 190; soldado de segunda, 170.

*Inválidos.*—General, 6.525 yens; Teniente General, 5.200; Mayor General, 4.569; Coronel, 3.264; Teniente Coronel, 2.610; Mayor 1.959; Capitán, 1.305; Teniente, 1.981; Subteniente, 786; Ayudante, 654; sargento mayor, 470; sargento, 425; cabo, 375; soldados de primera clase, 345; soldados de segunda, 315.

Pensiones:

*Para las familias de los fallecidos.*—General, 1.500 yens; Teniente General, 1.200; Mayor General, 1.050; Coronel, 750; Teniente Coronel, 600; Mayor, 450; Capitán, 300; Teniente, 225; Subteniente, 180; Ayudante, 150.

*Para los inválidos.*—General, 2.250 yens; Teniente General, 2.040; Mayor General, 1.785; Coronel, 1.275; Teniente Coronel, 1.020; Mayor, 765; Capitán, 510; Teniente, 383; Subteniente, 306; Ayudante, 300.

Como se ve por lo que precede, aparte de la pensión concedida al inválido ó á la familia del fallecido, se ha acordado un socorro inmediato destinado á hacer frente á las primeras necesidades. Esta disposición es de las más acertadas, y tanto más útil cuanto que la pensión es de una tasa modesta.

Se observará que los socorros y pensiones por mutilación son más elevadas que en el caso de muerte.

*(Resumen de la prensa militar.—Depósito de la Guerra).*

\* \* \*

Durante el mes de Julio próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.444 defunciones, que arrojan un término medio diario de 46'58, y una proporción de 2'65 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1903 hubo 1.359 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 425, de menos de un año; 253, de uno á cuatro años; 70, de cinco á diez y nueve; 170, de veinte á treinta y nueve; 250, de cuarenta á cincuenta y nueve; 275, de sesenta en adelante, y sin clasificar, 1.

Las principales causas de defunción han sido: diarrea y enteritis (menores de dos años), 282; tuberculosis pulmonar, 132; meningitis simple, 117; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 91; neumonía y bronco-pneumonía, 62; enfermedades orgánicas del corazón, 58; congestión y hemorragias cerebrales, 50; tuberculosis varias, 50; tumores cancerosos, 40; otras enfermedades epidémicas, 37; bronquitis aguda, 28; tífus exantemático, 27; fiebre tifoidea, 26; bronquitis crónica, 22; viruela, 21; sonecud, 21; sarampión, 20; coqueluche, 12; meningitis tuberculosa, 10; suicidios, 9; grippe, 8; afecciones puerperales, 8; difteria y crup, 7; reblandecimiento cerebral, 5; debilidad congénita, 5; escarlatina, 1; otras causas de defunción, 322.