

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVIII Madrid 1.º de Noviembre de 1904 Número 417

APUNTES DE CIRUGÍA DE GUERRA

DE LA ÚLTIMA CAMPAÑA DE CUBA

(Continuación).

Heridas de la cara.—Heridas con destrozos considerables de la cara, se han curado en estas clínicas mediante intervenciones de más ó menos importancia.

Bibiano Patiño Gómez, soldado del batallón de San Quintín, fué herido de bala, que penetró de arriba abajo por la región frontoparietal izquierda, saliendo por la maxilar inferior del mismo lado, con destrucción de tejidos blandos, fractura superciliar del pómulo y maxilar superior y vaciamiento del ojo.

Se practicó la resección de parte de la cavidad orbitaria del malar y del supramaxilar (30 Enero 96), con lo cual fué reparándose, aunque lentamente, tan vasto traumatismo, y el operado curó, siendo propuesto para el retiro (clínica del Sr. Clairac).

El soldado del batallón expedicionario de Guadalajara Vicente Valero Vallés, recibió un balazo en el lado izquierdo de la cara, con entrada por debajo del reborde orbitario, fracturando el maxilar superior, sin salida del proyectil. El 30 de Noviembre del 96 se le practicó una osteotomía del maxilar, con escoplo y martillo, y se le extrajo una bala de fusil Remington antiguo, que se hallaba

alojada en el seno maxilar. Curado perfectamente el individuo, volvió á las filas (clínica del Sr. Baeza).

En dos casos se resecó la mandíbula inferior, en extensión de 5 centímetros, por consecuencia de heridas de bala. En uno de éstos (soldado del batallón expedicionario de Vad-Rás, Agapito Moreno Miguel) penetró el proyectil por la boca, oblicuamente de izquierda á derecha, con destrozo del labio superior; desgarró la comisura del lado derecho, y después de fracturar la rama horizontal de la mandíbula, salió por el ángulo de la misma. Antes de perderse dejó en el hombro un fuerte surco de 7 centímetros, con ligera rozadura del acromion. La rama citada de la mandíbula fué reseca, respetando el periostio en lo posible, mediante una incisión en la piel á partir del ángulo y paralela al hueso; la herida labial se refrescó, afrontándola con la conveniente sutura (2 Febrero del 97). Resultado de esta intervención fué la formación de una fuerte cicatriz con renovación parcial del hueso, pudiendo verificarse la función masticatoria con escasa dificultad. El lesionado fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Peláez).

El 11 del mismo mes de Febrero fué operado el guerrillero de Managua Aurelio Andrade, á quien una bala fracturó la rama horizontal del maxilar inferior, con dislaceración considerable de las partes blandas en la región suprahiodea, en la que después de regularizar la rotura del hueso se efectuó una autoplastia por deslizamiento, afrontando el colgajo con sutura metálica. El individuo curó y fué propuesto para retiro (clínica del Sr. Baeza).

La observación que sigue ofrece, además de la fractura maxilar, un ejemplo de profunda herida de la lengua.

Pedro Badia Plafa, soldado del batallón expedicionario de Guadalajara, recibió un balazo que le atravesó la cara de izquierda á derecha. Penetró el proyectil por la región masetérica, fracturó el ángulo de la mandíbula, seccionó la lengua por su tercio posterior, rompió el ángulo opuesto del mismo hueso y la porción posterior del arco alveolar de la mandíbula superior, practicando á su salida una ancha abertura en los tejidos blandos de la cara. Existía in-

fección local con fiebre bastante elevada, y el herido se hallaba imposibilitado para deglutir.

La intervención operatoria hubo de dividirse en dos sesiones: en la primera, realizada el 20 de Febrero del 97, día siguiente á su ingreso, se le hizo una minuciosa limpieza y legrado de las superficies cruentas, se refrescó la sección de la lengua, y atrayendo con pinzas de garfio la porción posterior, se afrontó la herida de este órgano con 5 puntos de sutura; finalmente, se extrajeron las esquiras sueltas de los maxilares y se cortaron las astillas más salientes. Con esto, las frecuentes irrigaciones de agua timolada y la alimentación mediante sonda esofágica, la infección se extinguió muy pronto, y á las tres semanas quedó reparada la herida de la lengua, pudiendo el enfermo deglutir alimentos semifluidos.

En una segunda sesión (20 de Marzo), se le reseco en ambos lados las partes óseas rotas y denudadas de periostio, y se le extrajeron varios molares á fin de facilitar la aproximación de una á otra arcada, sujetando la parte con una fronda resistente. El proceso de reparación de estas lesiones siguió un curso regular, aunque lento; las cicatrices consolidaron bien, y el individuo, en condiciones de poder servirse de su aparato masticatorio, excepto los incisivos, que no llegaban á una completa oposición, fué dado de alta y propuesto para el retiro (clínica del Sr. Peláez).

Heridas del tórax.— Llegando ya á tratar de las heridas del tórax, que como es sabido figuran en proporción considerable entre las que son triste consecuencia de un empeñado combate, nos fijaremos exclusivamente en aquéllas que, por ser penetrantes ó por exigir intervenciones quirúrgicas de entidad, ponen en evidencia el poder del arte y el esfuerzo ostensible de la naturaleza para reparar los desórdenes orgánicos en la economía vulnerada; mas antes conviene hacer constar la sorprendente curación de determinadas lesiones, con bastante frecuencia producidas en ésta como en todas las campañas, que en épocas pasadas hubiéranse juzgado mortales, ó por lo menos origen de los más penosos trastornos, de curso irremediable y crónico; referímonos á esos gra-

ves y temidos traumatismos en que el proyectil rompe la pared torácica y se abre paso á través de importantísimos órganos.

Observaciones de esta índole no han faltado en nuestras clínicas. Citaremos, como un ejemplo, la curación obtenida en el voluntario del escuadrón movilizado de Jaruco Domingo Rodríguez Rosta, herido de bala el 23 de Octubre del 96 en un encuentro habido con el enemigo en las inmediaciones de la Habana, é ingresado en la clínica 10.^a de este hospital dos días más tarde. Presentaba el orificio de entrada junto al borde derecho del esternón, sobre el tercer espacio intercostal, y la salida en la parte posterior del mismo lado, en el séptimo espacio. Existía fuerte disnea, broncorragia y salida de aire por la herida posterior, siguiendo el movimiento respiratorio, extenso enfisema subcutáneo en la espalda y pared torácica lateral, apareciendo en los días sucesivos manifestaciones de una pneumonía traumática bastante extensa, con fiebre elevada, flegmasía que no tardó en resolverse favorablemente. Curó, asimismo, con prontitud la abertura de entrada, pero la de salida se mantuvo en supuración algunas semanas, y no cerró hasta pasados dos meses, sin más intervención quirúrgica que las curas antisépticas hechas cuidadosamente y con oportunidad renovadas. Este individuo, después de reparar sus fuerzas, debilitadas por el largo proceso, se incorporó á filas completamente restablecido (clínica del Sr. Castillo).

Como consecuencias de heridas de bala, los huesos que componen la jaula torácica suelen quedar afectados de caries ó necrosis, que reclaman para su curación operaciones á veces extensas.

Juan Ruiz Barrera, soldado del batallón expedicionario de la Reina, presentaba un padecimiento de esta especie, que interesaba parte de la clavícula, del esternón y de las costillas primera y segunda, lo que exigió una resección de la mitad interna de aquel hueso, de los dos cartílagos costales y un legrado bastante extenso del esternón (10 de Octubre del 96). El individuo, que llevaba algunos meses de padecimiento, curó con prontitud des-

pués de dicho acto operatorio, y fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Clairac).

Ramón Nieto Blázquez, soldado del batallón expedicionario de Baleares, padecía, á su ingreso en el hospital, caries de la primera costilla derecha y extremidad superior del esternón, por efecto de herida antigua de arma de fuego. También se reseco aquélla en su parte anterior, en extensión de 5 centímetros, practicando á la vez una excavación de la porción esternal interesada, con lo que el operado (9 de Julio del 96) curó, regresando á las filas (clínica del Sr. Baeza).

En varios casos, la pleurotomía con resección costal ha proporcionado excelentes curaciones en casos de pleuresías purulentas consecutivas á heridas de bala penetrantes de pecho, como prueban las observaciones siguientes:

Antonio Marcedo Garrido, sargento de Artillería de montaña, presentaba empiema fétido del lado derecho, resultado de una herida penetrante de la cavidad torácica que había recibido meses antes de su ingreso en estas clínicas. El enfermo se hallaba desnutrido, pálido y con fiebre continua de absorción. El 19 de Julio del 96 se le practicó una pleurotomía, con resección de un pequeño trozo de costilla de la novena derecha, seguida de lavado de la pleura mediante una solución débil de cloruro de zinc. El individuo no tardó en reponerse, y después de curado completamente volvió á incorporarse á las filas (clínica del Sr. Baeza).

El soldado del batallón Cazadores de Barbastro Aniceto Aramendía Goñi, en encuentro con el enemigo, fué herido de bala en el pecho, presentando el orificio de entrada en la región infraclavicular derecha y el de salida al nivel del tercio posterior de la sexta costilla del mismo lado, con pneumonía traumática y fiebre elevada, apareciendo en el curso del traumatismo síntomas característicos de pleuresía purulenta, para cuyo tratamiento se practicó también una pleurotomía con resección subperióstica de 5 centímetros del expresado hueso y lavado de la cavidad pleurítica (7 de Noviembre del 96). El individuo curó bien de estas le-

siones, pero conservando un foco de bastante extensión de impermeabilidad pulmonar, por lo cual fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Soler).

H. PELÁEZ,

Médico mayor.

(Continuará).

Prensa y Sociedades médicas.

Indicaciones del ácido pírico en la uretritis.—Publica el Doctor Peyri los siguientes casos clínicos:

1.º A. M., de treinta y cinco años. Segunda blenorragia de varios meses de duración, crónica y con filamentos; examen micrográfico negativo.

Presentóse un absceso peri-uretral en la región peniana, que tuvo que abrirse. Examen micrográfico del pus; *staphilococcus* y negativo también de gonococo.

Después de la curación del absceso, gota todavía. Dilatación é instilaciones por espacio de una semana. Á los dos meses no había vuelto á aparecer la gota.

2.º J. R., de veintiséis años. Blenorragia subaguda de dos meses de duración, localizada en la uretra anterior, y presencia de gonococos. Los lavados de permanganato no concluyeron con el flujo. Inyecciones de ácido pírico, que hacen desaparecer el flujo á la primera, pero reaparece por tres ó cuatro veces á los tres días de abandonado el tratamiento. Sin curar al enfermo, el ácido pírico logra lo que no el permanganato ni los astringentes.

3.º N. N., de treinta años. Blenorragia crónica con agudización á la menor alteración del régimen, sin gonococos. Lavados de permanganato, que normalizan la uretra, quedando gota aún. Curación con instilaciones de ácido pírico.

4.º P. M. Estrechez número 5 de la escala francesa, curada con la dilatación gradual; gota abundante con filamentos; ausencia de gonococos. Fracaso de instilaciones, candelillas y toda clase de anti-sépticos en grandes lavados. Sólo los lavados píricos han reducido la gota á la mínima expresión, combinados con el paso de candelillas Beniqué.

5.º N. N., de diez y ocho años. Período subagudo, epididimitis; inyecciones simples con ácido pírico. Curación después de dos recidivas.

6.º E. N., de diez y siete años. Período subagudo, localización

anterior. Después de antiflogísticos y balsámicos, á las tres semanas inyecciones simples de ácido pírico, que acabaron con la blenorragia á los pocos días.

7.º J. F., de veintiocho años. Segunda blenorragia, á los pocos días de epididimitis; curada ésta, quedó flujo crónico con gonococos. Inyecciones profundas, desaparición de la gota y de los gonococos á los pocos días, para no aparecer ya más.

8.º N. M., de veinticuatro años. Blenorragia subaguda, que resiste á antiflogísticos y balsámicos; inyecciones astringentes, lavados con permanganato; los de sublimado produjeron aumento de flujo y de dolor. El ácido pírico en lavados hace desaparecer los gonococos momentáneamente, y aun acaba con el flujo, de modo que ha sido el que mejores resultados ha dado; á los pocos días aparece otra vez, pero ya en forma de gota solamente.

9.º F. F., de veintidós años. Blenorragia crónica con epididimitis crónica, ligera estrechez y fenómenos de prostatitis. Sin gonococos.

Mejorada la epididimitis, se intentaron lavados con permanganato, previa dilatación con los Beniqués; este tratamiento agudizó la enfermedad.

Los lavados de ácido pírico, combinados con las candelillas, han acabado con la gota y sus filamentos, así como con las molestias de la prostatitis.

10. J. M., de veinte años. Blenorragia crónica agudizada. Gonococos, flujo abundante y dolor, ligera estrechez.

Al ceder los fenómenos agudos, combinación de Beniqués con lavados con permanganato, que disminuye el flujo. Los lavados de ácido pírico hacen desaparecer los gonococos, y sin concluir el flujo, restablecen mejor que el permanganato la normalidad.

11. M. C., de diez y ocho años. Subaguda, gonococos. Después de los balsámicos, que disminuyen el flujo, el ácido pírico en inyecciones, por ser la uretritis sólo anterior, hace desaparecer el flujo y los gonococos.

12. R. P., de diez y nueve años. Subaguda, gonococos. Flujo abundante y poco dolor; localización en la uretra anterior. Los balsámicos, primero, disminuyen el flujo; el ácido pírico en inyecciones hace desaparecer los gonococos; en la última observación seguía, no obstante, algo de flujo.

13. Clínica del Dr. Saltor, sala de Santa Cruz, número 5. Epididimitis aguda; al ceder, abundante flujo gonorréico, que no cedía con los balsámicos; gonococos. Grandes lavados con ácido pírico al 2 por 1.000; se tuvieron que disminuir al 1 por 1.000 por irritantes; desaparición de los gonococos á los cinco días. Cesación casi completa del flujo al tercer día. Curación completa á las dos semanas.

14. A. P. Blenorragia crónica, ligera prostatitis, gota, casi filamentos, ausencia de gonococos. Paso de candelillas antes del lavado; lavados con solución al 1 por 1.000; curación de la gota y de los fenómenos prostáticos al séptimo lavado.

15. R. O., de veintiséis años. Blenorragia crónica; flujo claro y

con filamentos; sin gonococos. Mejora con las inyecciones de ácido pícrico.

16. Clínica del Dr. Saltor, sala de Santa Cruz, número 12. Sifilítico terciario. Blenorragia de cuatro meses de duración. Flujo abundante, pero molesto; gonococos; mejora con los grandes lavados.

En casi todas estas observaciones se ha hecho el examen bacteriológico antes y después de los lavados; pues bien, se ha observado casi siempre la desaparición, si no definitiva, transitoria, de los gonococos; prueba evidente del poder bactericida del ácido pícrico. Lo que no hemos observado ha sido lo que hacen constar algunos autores, y es que el ácido pícrico, al disminuir los glóbulos de pus, aumenta la descamación epitelial, pues á excepción de un caso, en los otros ha visto disminuir la cantidad de pus, pero permanecer en la misma cantidad las células epiteliales deformadas de la blenorragia.

Lo que sí ha acontecido en los estados crónicos ha sido, al desaparecer la gota turbia, aumentar el número de filamentos; en este caso podría resultar demostrado en nuestro hecho concreto (mucosa de la uretra del hombre) su poder queratoplástico; pero sus principales resultados los hemos racionalmente de atribuir á su poder antiséptico, y á su poder de infiltración sobre todo, que lo hace preferible á los demás antisépticos de la mucosa de la uretra.

Después de lo expuesto, cree poder concretar sus observaciones en las conclusiones siguientes:

1.^a El ácido pícrico obra modificando favorablemente los flujos uretrales, ya haciendo desaparecer el gonococo, ya modificando las infecciones secundarias, ya la mucosa de la uretra.

2.^a De las propiedades del ácido pícrico se utilizan en este caso: la *queratoplástica*, que contribuyendo á renovar el epitelio de la uretra, hace más activa la expulsión de los gonococos de los folículos; su poder de *infiltración*, que lo hace preferible á antisépticos más enérgicos, porque en su virtud puede atacar el gonococo hasta el fondo del folículo.

3.^a Que parece obrar mejor sobre los flujos indolentes crónicos ó los subagudos poco dolorosos, y en estos casos aventaja á los otros recursos.

4.^a Que según la localización, pueden bastar las inyecciones, pero que generalmente, y en las uretritis posteriores, siempre debe recurrirse ó á las instilaciones ó á los lavados.

5.^a Que los grandes lavados, de los cuales no hablan los autores, deben utilizarse al 1 ó á lo más al 2 por 1.000; no son irritantes, gozan de las propiedades generales del ácido pícrico, es su manera más eficaz de administrarlo y no tienen contraindicación especial más que los comunes á los otros lavados. El poder tóxico del ácido pícrico, reprochado por algunos, resulta en los lavados, como en los otros medios, poco menos que ilusorio.

(*Gaceta Méd. Catalana*).

El clorhidrato de adrenalina.—El Dr. Pérez Noguera publica el siguiente artículo:

Se trata del principio activo de las cápsulas suprarrenales descubierta por Takamine (de Nueva York) en 1901, y se presenta, cuando está puro, bajo forma de agujas cristalinas, de color blanco, sabor amargo y reacción francamente alcalina, poco soluble en agua fría y mucho en el agua caliente, en los álcalis (menos en el amoníaco y soluciones de carbonatos alcalinos) y en los ácidos. Con estos últimos forma sales cristalizables y de composición perfectamente definida.

La fórmula empírica de la base debe ser, según Takamine, $C^{10}H^{15}AzO^3$, y según Aldrich, $C^9H^{13}AzO^3$. Sus soluciones acuosas son al principio incoloras, pero si se les abandona al contacto del aire, absorben oxígeno y se colorean de rosa, que pasa al rojo y últimamente al negro.

El percloruro de hierro las tñe de verde, que pasa al rojo púrpuro y después al rojo carmín si se añaden con precaución pequeñas cantidades de un álcali cáustico. El iodo y el amoníaco las colorean de rosa, pero no precipitan por los reactivos generales de los alcaloides.

Todos los estudios experimentales verificados hasta la fecha vienen á demostrar que la adrenalina es el más enérgico de cuantos medicamentos vasoconstrictores han ocupado un puesto en la materia médica. Basta, en efecto, aplicar sobre una mucosa cualquiera una solución al 1 por 1.000, para que dicha membrana palidezca hasta el punto de aparecer completamente exangüe. El mismo resultado se obtiene en la piel inyectando debajo de ella algunas gotas de la referida solución, y si después de haberla inyectado subcutáneamente ó de haberla aplicado sobre una mucosa se incinden dichos tejidos con un bisturí, no se ve aparecer entre los labios de la herida el más leve vestigio de sangre. Es más, si se vierten sobre una herida con abundante hemorragia capilar algunas gotas de la solución antes citada, el flujo sanguíneo cesa de un modo casi instantáneo.

Esta contracción vascular, debida á una acción estimulante directa de la droga sobre la fibra lisa de los vasos, va acompañada de considerable aumento de la tensión arterial. Según Amat, han bastado 3 centímetros cúbicos de la solución al 1 por 100.000, por vía hipodérmica, para aumentar en 30 milímetros la presión sanguínea de un perro de 8 kilos de peso.

Pero la expresada acción estimulante no se ejerce tan sólo sobre la fibra lisa de los vasos, sino que se extiende también á la de la piel y á los elementos musculares de la matriz. Según Reichert, la adrenalina actúa también como poderoso excitante respiratorio.

Su acción sobre los vasos se manifiesta á los dos ó tres minutos de haberla aplicado, y se prolonga desde veinte minutos hasta cuatro horas.

El producto que estudiamos resulta indicado en toda clase de hemorragias externas ó internas, pero sobre todo en las que tienen

su asiento en una mucosa. Reynolds ha cohibido con él epistaxis rebeldes á todo otro tratamiento, é iguales beneficios ha logrado en varias hemorragias del oído y de la faringe; Kemwarthy lo administra al interior como medio infalible de cohibir la hemoptisis; Habgood y Heebas lo usan en inyecciones uretrales, al mismo tiempo que por vía gástrica, para combatir las hematurias de origen uretral ó prostático. Schær ha logrado la curación de varias metrorragias graves, consecutivas al parto, verificando inyecciones intrauterinas de solución de la expresada droga, y otros muchos autores la han empleado como medio de prevenir las pérdidas de sangre consecutivas á ciertos actos operatorios (raspados, extirpación de tumores, etcétera), y para combatir las producidas por determinadas neoplasias y por la úlcera del estómago.

Además, Warren Coleman la ha administrado en 5 casos de hemorragia intestinal por fiebre tifoidea, consiguiendo en todos ellos resultados maravillosos.

Por su acción descongestionante, debida también á la contracción vascular, puede prestar indiscutibles servicios en el coriza, fiebre del heno, faringitis agudas y crónicas, catarros crónicos de la pituitaria, laringitis y conjuntivitis.

Según Reynolds, calma rápidamente los dolores ciliares que acompañan á las iritis y queratitis, mejora de un modo constante é inmediato los producidos por el glaucoma, disminuyendo al propio tiempo la presión intraocular, y reduce el infarto de la mucosa que reviste el conducto lagrimal, facilitando el cateterismo y la práctica de las inyecciones medicamentosas.

Últimamente, Carpentier la recomienda como estíptico en las extracciones dentarias; Reynolds como remedio casi instantáneo de algunas variedades de ruidos de oídos, y Mesnard y Monsset, como tratamiento de las intoxicaciones por los opiáceos.

Aunque la toxicidad de la adrenalina no es muy grande, se trata de un medicamento que no está libre por completo de peligros, sobre todo en cierta clase de enfermos. El Dr. Herter, reproduciendo y ampliando los trabajos de Blum, ha comprobado que la inyección subcutánea de cantidades algo elevadas de la droga dan lugar á una glicosuria poco abundante y que desaparece al cabo de algún tiempo. Si la adrenalina se administra por la vía intravenosa, la glicosuria es más pronunciada, á la vez que más duradera, y si se introduce directamente en el peritoneo, la proporción de azúcar se eleva hasta 8 ó 10 por 100, y la inyección va seguida de excitación general, que no tarda en convertirse en depresión ó abatimiento.

Repitiendo las inyecciones todos los días, los animales llegan á adquirir una relativa tolerancia y la glicosuria disminuye, pero sin llegar á desaparecer completamente.

Esta glicosuria parece ser de origen pancreático, pues en la autopsia de los perros muertos á consecuencia de la administración de grandes cantidades del medicamento, se han encontrado numerosas focos de necrosis en dicho órgano, y colocando un centímetro cúbico

de solución de adrenalina en la superficie del páncreas, se manifiesta poco después una glicosuria característica, glicosuria que no aparece cuando la misma cantidad de solución se deposita sobre el hígado, el bazo ó cualquier otro órgano.

El producto de que se trata se administra bajo forma de sal soluble (clorhidrato ó tartrato), disuelta en solución acuosa de cloruro sódico, y adicionada de una pequeña cantidad de cloretona, que le suministra efectos analgésicos á la vez que la conservan indefinidamente.

Clorhidrato de adrenalina.....	1 gramo.
Solución normal de cloruro de sodio.....	1.000 »
Cloretona.....	5 »

De este modo se obtiene un soluto al 1 por 1.000, que sirve para embrocaciones en las mucosas, instilaciones oculares é inyecciones hipodérmicas. Las dosis para estas últimas es de medio á 2 centímetros cúbicos.

Por vía gástrica se prescriben de V á XXX gotas de dicha solución, mezcladas con jarabe, agua ó vino.

En las inflamaciones de la laringe y de la pituitaria se recurre por regla general á las soluciones más débiles (1 por 5.000 á 1 por 10.000).

(*La Corresp. Méd.*)

*
*
*

Hipertrofia prostática curada por medio de operación.—El Dr. *Lichtenstern*: Se trata de un hombre de sesenta y cuatro años que ingresó en la enfermería del Dr. *Zuckerlandl* el 12 de Marzo último.

Desde hace meses venía padeciendo de trastornos gastro-intestinales, que tardaron bastante tiempo en reconocerse como debidos á una retención crónica de orina. Entonces fué cuando se recurrió á la sonda, con lo cual mejoró el enfermo; pero una cistitis que sobrevino después, y la imposibilidad en que se encontró el paciente de orinar espontáneamente cuatro semanas antes de su ingreso, le obligaron á entrar en el hospital. Presentaba entonces los signos de una intoxicación urinaria grave: piel ligeramente ictérica, demacración, lengua seca y cubierta, sed intensa y continua, temperaturas vespertinas hasta de 38° y calofríos frecuentes. La vejiga llegaba hasta el ombligo, y la orina, amoniacal, contenía numerosas células de pus. El Dr. *Zuckerlandl*, en vista del estado del enfermo, se decidió á operarle.

Preparado el enfermo durante ocho días por medio de la evacuación y del lavado sistemático de la vejiga, ya se pudo proceder el 20 de Marzo á la extirpación de su próstata hipertrofiada, la cual tenía el tamaño de una manzana pequeña y era esférica y prominente. Mediante una incisión prerrectal se puso al descubierto el órgano, y una vez dividida su cápsula, se le enucleó en forma típica, primero

la mitad derecha y después la izquierda. En esta operación se desgarró la uretra en 15 milímetros, rotura que se cerró por medio de una sutura de catgut. Se colocó una sonda permanente y se curó la superficie cruenta de la manera usual.

La próstata extirpada pesaba 90 gramos, y el examen histológico demuestra tratarse de una hipertrofia adenomatosa.

El enfermo toleró muy bien la operación; á las tres semanas se quitó la sonda permanente, y á las cuatro se había curado la herida del periné. Hace tres semanas, ó sea relativamente muy tarde, se estableció en dicha herida una fistula urinaria, por donde salen durante el día algunas gotas de orina; esta fistula se cerró hace ocho días por medio de toques cáusticos. El sujeto ganó considerablemente de peso y su estado subjetivo es excelente. Orina tres ó cuatro veces por el día y una ó dos por la noche, vacía su vejiga completamente y no tiene nada de incontinencia. La orina sigue conteniendo bastante cantidad de pus, siendo la causa de esto un divertículo que existe en la mitad izquierda de la vejiga.

Demuestra esta historia clínica que, aun en casos muy avanzados de urosepsis que reconocen por causa la hipertrofia prostática, se puede lograr la curación por medio de una operación oportunamente practicada.

En una serie de casos de hipertrofia prostática que ha operado el Dr. Zuckerkandl, se ha visto que el estado, tanto objetivo como subjetivo de los enfermos, mejora muchísimo después de la operación, y que en todos ellos aumenta en grado considerable el peso del cuerpo. Uno de los inconvenientes de la operación, lo mismo cuando se practica la extirpación total del órgano que cuando se practica su resección parcial, ó sea la pérdida de la facultad de erección, es un factor que debe tenerse en cuenta, sobre todo si se trata de individuos jóvenes. En este último caso procura el Dr. Zuckerkandl obviar semejante inconveniente respetando en la operación la parte de la próstata que corresponde á la línea media sobre la uretra, ó sea aquella por donde pasan los conductos eyaculadores. El tiempo dirá si este ensayo ha de dar ó no el resultado apetecido.

Otro de los inconvenientes de la prostatectomía es la incontinencia que se presenta en muchos casos, pero ésta se consigue curar en todos ellos por medio de un tratamiento consecutivo bien dirigido.

(Imp. y Real Soc. de los Méd. de Viena).

*
* *
*

Tratamiento quirúrgico de la disentería crónica.—En el último Congreso celebrado por la Sociedad alemana de Cirugía, el Doctor Steiner, después de hacer constar que hasta ahora no son muy satisfactorios los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico de la disentería crónica, refirió la siguiente historia:

Una mujer de veintiséis años venía padeciendo desde hacía nueve de una disentería que comenzó con diarrea dolorosa, pero que se fue acentuando poco á poco hasta el punto de que ya evacuaba moco-pus

y sangre. La marcha progresiva de la enfermedad, que últimamente adquirió carácter febril, y que resistía á todo tratamiento, tanto dietético como farmacológico, la hizo caer en tal estado de caquexia, que el mismo Dr. Boas aconsejó la operación como último recurso. El autor fué quien practicó la laparotomía en la primavera del año 1901. La serosa del colon presentaba engrosamientos bajo la forma de manchones sueltos. El Dr. Steiner excluyó todo el colon del paso de los materiales excrementicios, mediante el establecimiento de un ano preternatural cecal, que practicó inmediatamente por encima de la válvula de Baubino. Hecho esto, lavó la porción de intestino excluida con 6 á 8 litros de agua templada; después hizo que todos los días se practicaran, desde el ano natural hasta el artificial, lavados con tintura de iodo templada y muy diluida ó con disolución de protargol.

Gracias á este tratamiento, se logró en unos seis meses la cicatrización de las úlceras del intestino grueso. Conseguido esto, se obtuvo artificialmente el ano preternatural, y sólo después que una observación prolongada demostró que el intestino grueso, ya cicatrizado, permitía sin ningún inconveniente el paso de los materiales excrementicios, fué cuando se procedió á la oclusión quirúrgica del ano cecal.

Desde esta última operación va transcurrido un año. La mujer está completamente restablecida; las diarreas profusas, sanguineo-purulentas, han cesado por completo; la defecación se verifica una vez al día y sin ningún dolor, y el material expulsado es moldeado. Con la recuperación de fuerzas y de peso, la enferma ha recobrado también, y en totalidad, su aptitud para el trabajo.

Parece, por lo tanto, que siguiendo exactamente el método que se adoptó en el caso actual, se pueden concebir mayores esperanzas de curación en una enfermedad que hasta ahora pasaba como casi incurable.

(*Deut. mediz. Zeitung*).

*
* *

Pseudohermafroditismo.—El Dr. *Norberto Swoboda* presenta un niño de un año, cuyos órganos genitales parecen á primera vista pertenecer al sexo femenino; pero un examen más detenido hace ver que existe un glánde con su prepucio, como corresponde á la edad de la criatura, y que en lo que parecen ser grandes labios se encuentran unos cuerpos del tamaño de un testículo. Esto no obstante, la orina sale por una abertura del tamaño de un guisante, que está situada por debajo del pene. El estado de los órganos genitales interiores no se ha podido averiguar, ni por medio de la sonda, ni tampoco por medio de la exploración digital practicada desde el recto. Como, por otra parte, ni aun poniendo al descubierto los genitales por medio de una operación y practicando el examen microscópico de las glándulas germinativas no se consigue siempre el resultado apetecido, y hasta hay casos en que tampoco se logra, después de

muerto el sujeto, por medio de la autopsia, resulta de todo esto que hay individuos que no son hombre ni mujer, y, por lo tanto, que es preciso que el legislador reconozca la existencia de una tercera categoría de individuos cuyo sexo no se puede determinar.

El Dr. *Arturo Foges* deduce de las ideas expuestas por el conferenciante y de los hechos que ha dado á conocer, que no tiene justificación alguna el practicar una operación en los hermafroditas, con el exclusivo objeto de determinar el sexo, y esto con mayor razón cuando se trata de individuos que se hallan en la edad infantil. Se sabe de muchos casos en los que ni aun por medio del examen microscópico fué posible resolver á ciencia cierta si se trataba de glándulas germinativas masculinas ó femeninas; en la mayoría de estos casos, lo que se pudo comprobar fué que la glándula respectiva no podía considerarse con aptitud funcional ni como propia de un sexo determinado. Así se explica que la operación practicada con un fin diagnóstico no dé en muchos casos el resultado que se busca.

Los hermafroditas deben ser considerados, generalmente, como individuos de glándulas germinativas deficientes, ó lo que es lo mismo, como castrados ó semicastrados. Ciertamente que lo más humano es, como lo propone el conferenciante, abandonar al mismo hermafrodita la determinación de su sexo.

(Imp. y Real Soc. de los Méd. de Viena).

*
* *

Antitoxina disentérica.—Desde el descubrimiento del bacilo disentérico por Chantemesse y Widal en Francia, y por Shiga en el Japón, se sabe que este bacilo se encuentra en los ganglios mesentéricos, pero que jamás se le descubre en el bazo ni en la sangre, orina y leche. Es, pues, una infección local de la mucosa intestinal y ganglios correspondientes, y sólo las toxinas penetran en la circulación, dando lugar á los síntomas generales de la enfermedad.

Todd ha estudiado con preferencia esta toxina disentérica, y su antitoxina más virulenta se obtiene filtrando cultivos desarrollados durante un mes en un medio muy alcalino; basta una décima de centímetro cúbico para matar un conejo. Tanto este animal como el caballo, son muy sensibles; el conejo de Indias, en cambio, es muy refractario, puesto que 5 centímetros cúbicos no bastan para matarlo.

La inyección intravenosa de toxina, á dosis suficiente, produce los mismos fenómenos que la inyección de bacilos vivos; después de un período silencioso más ó menos largo, se ve sobrevenir una diarrea intensa y una parálisis de los cuatro miembros. El sujeto adelgaza rápidamente y muere, en general, al cabo de veinticuatro á sesenta y dos horas. En la autopsia se encuentra una congestión muy intensa del intestino, que contiene un líquido mucoso espeso; los pulmones presentan islotes de congestión, rara vez hemorragias. Las otras vísceras no presentan alteración notable.

Después de varios ensayos de inmunización en conejos y cabras, Todd ha llegado á inmunizar el caballo, cuyo suero posee un poder antitóxico verdaderamente notable, como lo demuestran las experiencias siguientes:

En un conejo pequeño, dos décimas de centímetro cúbico bastan para neutralizar una cantidad de toxina igual á cuatro veces la dosis mortal. Su acción preventiva es de las más notables por su intensidad, mas no por su duración, pues es pasajera.

Por último, el suero de caballo inmunizado aglutina los bacilos al cabo de veinticuatro horas.

(*La Clin. Moderna*).

* * *

La «pseudo-parálisis general» diabética.—*Dr. José Ingenieros* (Buenos Aires); La diabetes tiene localizaciones nerviosas. Los síntomas del sistema nervioso que constituyen el síndrome paralítico general han sido aisladamente observados y descritos como resultado de la diabetes. Una intoxicación diabética de los centros nerviosos, localizada *simultáneamente* en las regiones que determinan los síntomas constitutivos del síndrome paralítico general, debe revelarse por este síndrome. Por su evolución clínica este síndrome puede ser fugaz y curar espontáneamente, estable y curable por el tratamiento etiológico, ó progresivo é incurable. En el primer caso se tendrá «un síndrome paralítico general diabético fugaz»; en el segundo, una de las llamadas «pseudo-parálisis generales», diabética; en el tercero se tendrá una parálisis general progresiva, clásica, de origen diabético.

La observación clínica consiste en un enfermo que presentaba el síndrome paralítico general, diagnosticándosele á primera vista *parálisis general progresiva*, á forma demencial, sin delirio. Un examen de orina reveló *diabetes*, que se supuso concomitante. El tratamiento de la diabetes hizo desaparecer también la parálisis general. Se creyó estar en presencia de una remisión favorecida por el mejoramiento del estado general. Reapareció la diabetes y reapareció la parálisis general. Nuevo tratamiento y nueva desaparición del síndrome paralítico. Desde hace dos años el enfermo mantiene régimen, no tiene azúcar en la orina ni síndrome paralítico general. Se trata, pues, de una nueva forma de las llamadas «pseudo-parálisis generales» (sifilítica, artrítica, alcohólica y saturnina), de una «pseudo-parálisis general diabética».

(*II Congr. Méd. lat. amer.*)

BIBLIOGRAFÍA

Organización sanitaria de los ejércitos extranjeros, escrita por el Dr. Howard y traducida del inglés y ampliada por el Médico mayor *D. José Gamero Gómez*.

Reunir en un libro datos ciertos sobre organizaciones militares de los ejércitos, ha sido siempre tarea difícil de realizar por los obstáculos que cada país opone á divulgar semejantes noticias, y en este sentido, es digna de todo elogio la obra del Dr. Howard, por el trabajo que representa su confección.

Partiendo de la positiva utilidad de ésta obra, en cuanto estudia las distintas organizaciones de los servicios sanitarios en gran número de los ejércitos extranjeros, limitaría-se la exposición pública de mi opinión, respecto al mérito de la traducción, en la de manifestar mi incompetencia por lo que pudiéramos llamar trabajo literario puro, sino fuera porque lo que el Dr. Gamero llama modestamente apéndice, tiene en realidad toda la extensión y toda la importancia que el propio libro traducido, en tales términos, que por bien seguro tengo que ese apéndice ha de haberle costado más trabajo en su confección, por los innumerables datos que habrá tenido que recoger, que la traducción propiamente dicha.

El libro en conjunto es de una utilidad indiscutible, sobre todo por poder servir de base á un estudio comparativo de organizaciones sanitarias, y éste, á su vez, de fundamento para la mejor elección de la que pudiera adoptarse más adelante, ó por lo menos para cerciorarse de que puede ó no ser perfeccionada la nuestra.

No escatimo mis aplausos entusiastas á mi querido compañero por su traducción y ampliación á la obra del Dr. Howard, en cuya ampliación y traducción demuestra sus múltiples conocimientos; pero por lo que merece la mayor consideración y elogio en su empresa de traductor y autor, es por su modestia y seriedad, pues bien pudo no haberse presentado como traductor y sí sólo como autor, tomando la obra de Howard como una de tantas como habrá tenido que consultar y estudiar para dar cima á sus laudables propósitos, publicando el libro por el que muy justamente le han recompensado.

M. SLOCKER,
Médico primero.



FÓRMULAS

460

Ergotina	3	gramos.
Acetato de amoniaco.. .. .	10	»
Licor de Hoffmann.	4	»
Jarabe las cinco raíces.	100	»
Agua destilada.	200	»
Tintura de digital	LX	gotas.

M.—Para tomar una cucharada grande cada hora.

En la **depresión general de las enfermedades infecciosas.**

(K.)

461

Amoniaco.....	2	cucharadas pequeñas.
Rhon.	3	idem grandes.
Agua de hojas de nogal.....	1	vaso grande.

M.—Para lociones.

En el **prurito del cuero cabelludo.**

(Brocq.)

SECCION PROFESIONAL

SERVICIOS SANITARIOS

«Circular.—Excmo. Sr.: A fin de evitar la deficiencia numérica de personal de enfermeros que frecuentemente se viene observando en los hospitales militares, por efecto de diversas causas, de carácter permanente algunas, y eventuales ó transitorias las más, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien resolver que las plantillas de enfermeros en los expresados establecimientos, y el nombramiento de enfermeros temporeros civiles ó militares, se ajusten á las bases siguientes:

1.^a Las clínicas cuyo número de enfermos no exceda de 10, tendrán dos enfermeros.

2.^a Las que excedan de dicho número de enfermos, tendrán además otro enfermero por cada 10 enfermos más ó fracción de 10.

3.^a Cuando dos ó más clínicas sumen juntas menos de 10 enfermos, aunque éstas sean infecciosas y estén en locales diferentes, para los efectos de dotación de enfermeros se considerarán como una sola clínica y tendrán dos enfermeros, los cuales deberán cumplir con rigor las prácticas de desinfección.

4.^a Cuando por no estar completas las plantillas ó por motivos accidentales, como ausencias de enfermeros, aumento de enfermos, existencia en el hospital de graves delirantes ó enajenados ú otras causas análogas, se necesiten más enfermeros, lo manifestará el Director del hospital á la autoridad militar superior de la plaza, interesando á la vez autorización para el nombramiento de enfermeros civiles; y si fuera imposible conseguir éstos, el expresado Director lo hará presente á la mencionada autoridad, destinando ésta, en su vista, al hospital individuos de tropa de la guarnición. Este servicio se considerará siempre de carácter urgente.

5.^a La autoridad militar y el Director del hospital participarán estos nombramientos, y las correspondientes bajas en su día, á sus superiores jerárquicos, quienes á su vez lo harán á este Ministerio para conocimiento.

6.^a Se anula el artículo 95 del Reglamento vigente de hospitales y cuantas disposiciones se opongan á lo prevenido en esta Real orden.

De la de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 19 de Octubre de 1904.—
Linares.—Señor.....»

* * *

RECLUTAMIENTO Y REEMPLAZO DEL EJÉRCITO

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito dirigido á este Ministerio por el Capitán General del Norte en 26 de Julio último, solicitando se dicte una disposición que evite las dificultades que se encuentran al cumplimentar la Real orden del Ministerio de la Gobernación de 8 de Enero anterior (C. L. núm. 9), por la falta de armonía existente entre el Reglamento de exenciones físicas que acompaña á la vigente Ley de reclutamiento y el aprobado por Real orden de 1.º de Febrero de 1879 (C. L. núm. 47), el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver, con carácter general, que cuando al verificar la concentración para sus destino á Cuerpo se sometan los reclutas á reconocimiento médico por causa de inutilidad física producida con anterioridad á dicho destino, les sea aplicado el plazo de observación y cuadro de exenciones anexo á la vigente Ley de reclutamiento, y para los individuos de tropa cuya inutilidad sea adquirida

después de su destino á Cuerpo, se seguirá aplicando el Reglamento y cuadro de exenciones de 1.º de Febrero de 1879.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 19 de Octubre de 1904.—
Linares. — Señor.....»

VARIETADES

PREMIO NOBEL.—La fundación Nobel concede anualmente un premio al investigador que durante el año haya hecho en Fisiología ó Medicina un descubrimiento importante. Para ser admitido al concurso es necesario ser propuesto por una de las personas que se designan para este efecto. La propuesta personal al premio es inadmisibile.

El distinguido Catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia, D. Adolfo Gil y Morte, ha sido designado para proponer para el premio que se ha de conceder en la sección de Fisiología y Medicina en el año de 1905, y ruega á todos los investigadores que crean haber realizado un descubrimiento de importancia en la mencionada sección, y á los que tengan noticias de descubrimientos ajenos de relevante mérito, que se sirvan mandarle nota detallada de los trabajos en el orden especulativo y en el de las aplicaciones prácticas. La Memoria donde se dé cuenta de los dichos trabajos, según condición reglamentaria, ha de ser impresa.

Sólo se admiten indicaciones hasta el 31 de Diciembre del año actual, pues la propuesta razonada para premio ha de llegar á la capital de Suecia antes del 1.º de Febrero de 1905.

*
**

El Dr. Hector Lebrun, Director del Laboratorio del *Museo de Parasitología de Bélgica*, ruega á todos los Médicos le remitan cuantos ejemplares puedan disponer de tenias, distomas, ascárides, anquilostomas, etc. El Dr. Lebrun les dará, respecto á estos párasitos, cuantos datos puedan desear. Antes de remitirlos al Museo (rue Wauthier, 41, Bruselas), deben lavarse en una pequeña cantidad de agua y colocarlos en un frasco de boca ancha que contenga alcohol ordinario ó una disolución de formol al 2 por 100. Los datos son gratuitos y los gastos de remisión corren á cargo del Laboratorio.

*
**

En Austri-Hungría, la instrucción teórica de los Médicos y Oficiales de las tropas sanitarias comprende en las grandes guarniciones: en invierno, la ejecución de un plan de guerra especial del servicio de sanidad

(*Sanitätshriegsspiel*); en verano, aplicaciones tácticas sobre el terreno. Estos trabajos están dirigidos por un General ó un Jefe de Cuerpo. En las guarniciones menos importantes, los Médicos asisten al *kriegsspiel* de los Oficiales de ejército, y están encargados de la solución, por escrito, de temas especiales relativos á su servicio.

*
* *

El día 21 de Octubre próximo pasado ha fallecido en esta Corte, á una avanzada edad, el Inspector médico de primera clase, retirado, don Santiago García Vázquez. Perteneciendo al Cuerpo desde la primera guerra civil, prestó en él valiosos servicios en su dilatada carrera militar, y era generalmente apreciado por sus bellas condiciones morales y su vasta ilustración.

Grata memoria dejó en cuantos sirvieron á sus órdenes, y podía considerársele como el más antiguo de los Jefes que formaron parte del Cuerpo desde su primera organización.

¡Descanse en paz el ilustre veterano!

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

Tratado de las enfermedades nerviosas, por el *Doctor H. Oppenheim*, Profesor de la Universidad de Berlín.—Traducción de la tercera edición alemana, por el *Dr. M. Montaner*.—Barcelona, *F. Seix*, editor (cuadernos 9 al 20 inclusivos).

Organisation du corps de santé de la marine.—Rapport fait au nom de la Commission de la marine, chargée d'examiner le projet de loi, par *M. Jean Bayol*, sénateur.—Paris. 1904.

Sanatorio quirúrgico Madrazo.—Memoria y estadística operatoria de los ocho años.—Santander. 1904. (Dos ejemplares).

Boletín Oficial del Colegio de Médicos de la provincia de Almería.—Almería. 1904.

Relaciones entre la composición química de los medicamentos y su acción fisiológica.— Ponencia oficial presentada á la Sección de Terapéutica del XIV Congreso Internacional de Medicina, por el Secretario de dicha Sección *Dr. D. Emilio Pérez Noguera*.—Madrid. 1904. (Dos ejemplares).

Estudio médico-químico de las termas de Fuencaliente (provincia de Ciudad Real), por el Director actual *D. Rosendo Castells Ballespi*.—Madrid. Agosto de 1904. (Dos ejemplares).

La protección á la infancia (leyes y proyectos), por el *Dr. Tolsa Latour*, de la Real Academia de Medicina.—Madrid. 1903.

Colegio de María Cristina para huérfanos de Infantería.—Memoria leída en la Junta de gobierno de la Asociación del Arma. --Toledo, 1904.