

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año III

Madrid, 1 de Mayo de 1913.

Núm. 9.

SUMARIO

Leucoplasia y epiteloma de la lengua, por **V. Plaza Blanco**.—*La radiografía y el método cruento en la terapéutica de las fracturas*, por **M. Iñigo**.—*Nota clínica: Un caso de fiebre histérica*, por **José Valdés**.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: La intoxicación ácida en el cólera.—El coma canceroso y el coma dispéptico.—Úlcera redonda de estómago y linfatismo.—*La fractura de Bennet*.—*Prensa militar profesional*: Desde el campo de operaciones de la guerra turca.—Carruajes automóviles de ambulancia para Bulgaria.—*Bibliografía*: Discursos leídos en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, en la recepción del Académico Dr. D. Pedro Zuloaga Mañeco.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Mayo de 1913.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

LEUCOPLASIA Y EPITELIOMA DE LA LENGUA

He tenido ocasión, recientemente, de observar tres casos de epiteloma de la lengua, que indudablemente han empezado por una placa blanca, permanente, en la que se ha producido destrucción de los tejidos papilares con infiltración de células granulosas, convirtiéndose más tarde en un verdadero epiteloma. Esto me ha impulsado á emitir mi humilde opinión sobre la relación de la leucoplasia y el epiteloma lingual, por lo que importa principalmente para el tratamiento de la primera de estas afecciones.

La influencia de la leucoplasia bucal en el desarrollo del epiteloma es un hecho conocido y admitido por todos; pero debemos reconocer que no todas las orientaciones del tratamiento de la primera se han inspirado en este conocimiento, pues si bien es cierto que muchos clínicos han aconsejado una cura radical y precoz de la leucoplasia, otros han empleado un tratamiento pernicioso que puede haber favorecido el desarrollo del cáncer.

Según las conclusiones de Selvir y Vidal, lo que ante todo ca-

racteriza á la leucoplasia, es la keratinización del epitelio lingual, la degeneración córnea de este epitelio. A menudo se forman fisuras y ulceraciones; los bordes de las fisuras se desprenden de las células malpighiánicas que infiltran los tejidos formando posteriormente glóbulos epidérmicos. Este es el principio del epitelioma. Es, á lo que parece, una degeneración de orden local, y aunque algunos autores indiquen y aun afirmen la benignidad de ella, nosotros podemos asegurar que hemos visto epiteliomas leucoplásicos gravísimos, si bien parece que su evolución es relativamente lenta.

Yo creo que reconocida la estrecha relación entre la leucoplasia y el epitelioma lingual, merece gran atención el tratamiento de la primera, pues repasando su terapéutica es fácil encontrarnos con procedimientos que más bien parecen auxiliares de la neoplasia maligna, favoreciendo el terreno en el que se ha de desarrollar.

Aunque se ha discutido mucho acerca de la etiología y de la naturaleza de la leucoplasia, es lo cierto que aún no se ha llegado á una conclusión decisiva, y por más que la sífilis ejerce una influencia bien demostrada sobre la misma, también es evidente que las irritaciones locales de cualquier género, y, sobre todo el tabaco, deben figurar en la etiología de esta afección. Fournier admite la relación esencial de la leucoplasia con la sífilis, y Gaucher ha reconocido su naturaleza sifilítica. Quizá la leucoplasia sifilítica sea la más frecuente de las queratosis de las mucosas; pero observaciones recientes demuestran la existencia de leucoplasias linguales tuberculosas, y tampoco hemos de echar en olvido que durante mucho tiempo se ha acusado al artritisismo y á los trastornos gástricos como productores de lo que Bazin ha llamado psoriasis bucal. Desde el punto de vista doctrinal, creo que la leucoplasia bucal tiene distintos orígenes, aun cuando sus principales causas sean la tuberculosis y la sífilis.

Ya hemos indicado la tendencia á la degeneración epiteliomatosa de la leucoplasia, y también hemos apuntado el momento en que comienza el epitelioma desarrollado en la placa leucoplásica. De esto se deduce claramente que el epitelioma lingual puede confundirse con la leucoplasia cuando no se tienen antecedentes del enfermo y no se ha observado éste antes de iniciarse la degeneración epiteliomatosa.

La leucoplasia lingual tiene forma variable; redondeada, li-

neal, estrellada. A veces, la placa es un ligero velo amarillento y delgado; otras veces se espesa, llegando en algunos casos á formarse grietas, surcos longitudinales y transversales que constituyen la leucoplasia grave, más fácilmente transformable en epiteloma. Esta transformación no puede considerarse como el tercer período de la enfermedad, como dice Gaucher, sino como una enfermedad nueva que ha encontrado terreno propicio para su desarrollo en la mucosa, alterada por la lesión leucoplásica artrítica, sifilítica ó tuberculosa, que son entidades morbosas distintivas del epiteloma. El cáncer de la lengua es una de las localizaciones más temibles de esta enfermedad. La rapidez de su propagación, el infarto precoz, hacen que los resultados operatorios sean poco favorables. La manchas leucoplásicas son un origen frecuente del epiteloma lingual. Es un hecho etiológico importante, que descansa sobre una base anatómica; pero que, como ya he indicado, nos autoriza á englobar estas dos afecciones en una entidad nosológica. El cáncer de la lengua tiene una evolución rapidísima, mientras que las máculas leucoplásicas pueden existir algunos decenios sin trastornos aparentes. Aunque la leucoplasia es frecuentemente el punto de partida del cáncer de la lengua, en la mayor parte de los casos se inicia esta enfermedad en forma de nódulo duro y ulceroso, distinto en su aspecto y en su esencia morbosa de la placa leucoplásica. La aparición precoz de los dolores y la rapidez de la propagación ganglionar son característicos del epiteloma lingual, sea primitivo ó asiente en una placa leucoplásica. Ante tal evolución de la neoplasia maligna creo que huelga cuanto se diga respecto al pronóstico y tratamiento, y no hemos de hacernos partidarios de los que afirman que el epiteloma que surge de la leucoplasia es casi siempre benigno.

Siendo un hecho probado que la leucoplasia y el epiteloma son entidades morbosas distintas, pero que la primera predispone el terreno para la segunda, presentaremos la parte clínica del asunto, en lo que se relaciona con el tratamiento, de una manera clara é indudable. Leucoplasia que no se cura; es lo más probable que sea el origen de un epiteloma, y hay momento en la evolución transformadora del proceso en que es muy difícil establecer un diagnóstico exacto y sin vacilaciones. Por otra parte, clínicos muy habituados á tratar la leucoplasia, han llegado á afirmar que puede estar estacionada durante muchos años, diez, quince y hasta veinti-

cinco, pero que jamás han logrado su curación. De aquí se deduce la importancia del tratamiento de la leucoplasia, para que pueda poner al enfermo al abrigo de la degeneración epiteliomatosa típica, maligna.

Lo mismo que en todas las enfermedades, el tratamiento de la leucoplasia deriva de su concepto clínico. Esta es la medicina racional, científica, única compatible con el espíritu moderno de la ciencia, enemigo de la rutina y del empirismo. Si fuese exacta la idea de que la leucoplasia es una manifestación de la sífilis, con saturar al enfermo de mercurio, de ioduro potásico ó con someterlo al moderno y excelente tratamiento del Salvarsán, tendríamos resuelto este problema terapéutico. Los mercuriales son desastrosos para los leucoplásicos; la irritación que producen en la boca les ocasiona grandes sufrimientos y aceleran el curso del padecimiento. No puede, pues, emplearse este tratamiento sino vigilándolo mucho, y cuando haya alguna relación bien demostrada con la infección sífilítica. El ioduro potásico es de buenos efectos, quizá por la acción favorable que ejerce este medicamento en los artríticos, y la importancia etiológica del artritismo en la leucoplasia.

Con los arsenicales no empeora la leucoplasia nunca, y mejora en muchos casos. No soy de la opinión sostenida por muchos, de que los arsenicales no modifiquen nunca esta enfermedad. Se deben, pues, emplear con la esperanza, en muchos casos, de mejorar la leucoplasia, si bien nunca con la seguridad de curarla.

Indudablemente que el mejor tratamiento general de los leucoplásicos consiste en el uso de los alcalinos. Con esta medicación, unida á un régimen adecuado, puede por lo menos evitarse el progreso del mal. Entiendo que las aguas alcalinas dan siempre buen resultado y que los sulfuros alcalinos son de sorprendente efecto cuando hay propensión á la hiperhemia de las mucosas.

Como cuidados locales, es necesario recomendar la más exquisita limpieza de la boca con líquidos alcalinos principalmente; imponer la abstención de alimentos indigestos y de condimentos picantes y salados, así como de toda clase de bebidas alcohólicas y del tabaco.

Pero no hay que hacerse grandes ilusiones cuando tratemos la leucoplasia lingual, y es preciso colocarse en la situación que se halla el Médico ante un epiteloma de la lengua. Rechaza en absoluto, para el tratamiento local de la leucoplasia lingual, los toques

de ácido salicílico, de ácido láctico, de ácido crómico, de nitrato de plata, y las cauterizaciones con el termocauterío. He conocido algunos Médicos, decididos partidarios de la cauterización de la mancha leucoplásica lingual. Yo mismo he seguido este sistema en los comienzos de mi experiencia. Los resultados han sido siempre desastrosos. Con la cauterización se provoca siempre la hiperplasia, y se acelera, como es natural, la evolución de la leucoplasia. En toda leucoplasia lingual, lo mejor que se puede hacer, es abstenerse de todo estímulo local, y proceder con la mayor prudencia. En caso de que la «afección» presente ya la iniciación epiteliomatosa, tampoco soy partidario de la intervención quirúrgica. Realmente, la situación es difícil, porque sin operar, la terminación es fatal á corto plazo, y operando, seguramente ocurrirá lo mismo. ¿Qué hacer, pues, ante un caso de esta naturaleza?

La prudencia más exquisita ha de guiar las determinaciones del Médico. Si la neoplasia es limitable, pudiendo practicarse una buena sutura que de lugar á una perfecta cicatrización por primera intención, no hay inconveniente en decidirse por la operación. Fuera de esta condición, lo mejor que podemos hacer es abstenernos de toda intervención activa, con la que dé seguro se empeoraría la situación del enfermo.

Una vez hecho el diagnóstico de la enfermedad, creo que el tratamiento ha de ser muy prudente, y aun en el caso de que se sospeche el comienzo del epitelioma, no hay que lanzarse á aventuras operatorias. Téngase siempre presente que la leucoplasia es de pronóstico desfavorable en lo que se refiere á la curación, y sírvanos de base en su terapéutica el curso clínico de la afección, muy largo generalmente. Con tales fundamentos, fácilmente se comprende el riesgo que corremos si, por evitar las molestias del mal, nos precipitamos, y nos lleva la impaciencia y el buen deseo á buscar una curación radical de lo que no es curable, y mucho menos con procedimientos. Por lo que se refiere á nuestra práctica, ya hemos dicho cuanto podemos decir, y en casos observados recientemente hemos visto lo ineficaz de la galvanocáustica superficial sobre las manchas, tan ponderada por Ingals y por Volkmann, y la inutilidad, también, del raspado de la cucharilla cortante.

Respecto á la radioterapia, no tenemos experiencia personal; pero, á juzgar por lo que afirman eminentes autoridades en la ma-

teria, cuenta con algunas curaciones y gran número de resultados negativos. Es posible que la radiumterapia resuelva el grave problema de la curación de la leucoplasia; pero es un tratamiento que aún está en estudio, y por ahora nada podemos decir en definitiva.

Todos los autores, aun los partidarios de ciertos tópicos, están conformes en que toda irritación de una leucoplasia es peligrosa, y no se concibe cómo se autoriza el empleo de modificadores enérgicos, tales como el bicromato de potasa, el ácido láctico, la papavotina, etc.

Resumiendo cuanto hemos dicho, he de manifestar que la leucoplasia es una degeneración epitelial que puede ser inofensiva durante mucho tiempo, pero que generalmente acaba formándose un epiteloma, grave siempre, y cuya operación sólo debe aconsejarse cuando es muy limitada y puede realizarse una cicatrización inmediata. Aparte del tratamiento general adecuado, según la etiología probable de la mancha leucoplásica, hemos de limitarnos á una higiene escrupulosa de la boca, evitando toda causa de irritación. No deben autorizarse las cauterizaciones ni ningún tópico irritante, y debemos limitarnos á los medicamentos que pueden reblandecer la substancia córnea sin producir irritación de los tejidos. Es preciso seguir atentos los resultados de la radiumterapia, pero por hoy no cabe hacer afirmación alguna acerca de sus resultados.

V. PLAZA BLANCO,

Médico mayor.

LA RADIOGRAFIA Y EL METODO CRUENTO

EN LA TERAPÉUTICA DE LAS FRACTURAS

Desde hace algún tiempo, recojo cuantas radiografías puedo de sujetos que padecen ó padecieron fracturas.

El estudio metódico y comparativo de las que he logrado coleccionar demuestra, á mi entender, que el número de los que curaron con deformidad, ó lesión funcional de importancia, pudiendo haber curado bien, es mayor que el de los que resultaron bien librados de su accidente.

Ignoro si algún otro compañero hará igual deducción, en presencia de material más abundante que el mío; pero en todo caso no creo extemporáneo, dedicar un poco de nuestra atención al viejo problema terapéutico de las fracturas, cuya actualidad nunca pasa.

El excesivo respeto al pasado y quizás algo de falta de claridad en el criterio que debe informar el presente, son causas que inducen á la generalidad de los Médicos á emplear de modo casi exclusivo el método clásico, el método incruento de coaptación hecha á ciegas, é inmovilización que dura por lo menos cuarenta días.

Actualmente, disponiendo de auxiliares tan valiosos como la radiografía y la asepsia, tal proceder resulta, además de otras cosas, anacrónico, ya que podemos aspirar á que nuestros enfermos, en lugar de verse obligados, como antes ocurría, á estar imposibilitados meses y meses, resulten, al cabo de esos cuarenta días, sin atrofias de músculos y sin rigideces articulares, que por el método antiguo no se podían evitar. Podemos, repito, y además estamos en el deber de aspirar, á que no se produzca jamás una anquilosis ó una pseudo-artrosis.

La alteración en la continuidad, la deformación de la parte, el dolor, la crepitación, la extravasación sanguínea, etc., son síntomas que indican de modo muy cierto la rotura de un hueso. Pero en bien del enfermo, lo que verdaderamente interesa, es conocer la forma y disposición de las superficies de fractura para coaptarlas y fijarlas lo más sencilla y lo más útilmente que sea posible. Es, pues, lo primero el diagnóstico grueso y más ó menos probable de fractura, pero inmediatamente después debe seguir el diagnóstico radiográfico, que siempre nos dará datos ciertos sobre los que fundar el programa terapéutico, que es lo verdaderamente de importancia.

Los fracturados deben someterse á la investigación por los rayos Röntgen, y quien quiera hacer las cosas bien, mandará obtener dos clichés en proyecciones que se crucen, porque así logrará el más perfecto conocimiento de la lesión. Indicamos la radiografía con preferencia sobre la radioscopia, porque con aquélla se logra un documento objetivo, duradero y fehaciente que el cirujano podrá estudiar con toda calma cuando y donde más le convenga, mientras que el examen á través de la pantalla fluorescente es cosa de ver y no ver, dura un momento y es mucho más expuesta á error.

Prescindir de la radiografía en las fracturas, puede considerar-

se como un grave atentado de lesa humanidad, y empeñarse en obrar á ciegas teniendo la facultad de ver, es prueba de insensatez pernicioso ó de vanidad execrable, con las que se compromete el porvenir de un semejante y muchas veces el pan de una familia.

Lector Médico, que eres bueno y honrado: cuando estés asistiendo un fracturado, piensa en lo que desearías que contigo hiciesen si fueses tú el herido, y hazlo con tu semejante, teniendo muy en cuenta que una buena primera cura acaba con las urgencias que suelen imponer la inmensa mayoría de las fracturas. Sólo los desgarros de vasos de calibre, la conmoción ó el choque traumático, pondrán en inmediato peligro la vida de tu cliente; pero una vez dominado el mal mayor, lo menos importante, es decir, la fractura, tiempo habrá para tratarla sin prisas, y entonces, ó el enfermo puede ir á buscar los rayos X, ó los rayos X, pueden ir en busca del enfermo. Indíquese, por lo menos, la importancia capital que la radiografía tiene en todos los casos, y si el paciente ó sus deudos se niegan á usarla, que sean ellos quienes carguen con la responsabilidad de lo que luego resultare.

Para fijar las indicaciones del método cruento en el tratamiento de las fracturas, haremos tres apartados que comprende sucesivamente: 1.º Los casos en que la intervención quirúrgica á cielo cubierto se hace imperiosamente necesaria desde el primer momento. 2.º Cuando la operación no se impone de un modo tan absoluto, pero suele ser muy beneficiosa. 3.º Cuando la operación sólo está indicada tras el fracaso del método incruento.

1.º Hay que operar sin más demoras que las que impone una buena preparación quirúrgica, cuando circunstancias anatomopatológicas se oponen á la soldadura del hueso roto y tratado según el método clásico. Las referidas circunstancias, que casi sería más exacto llamar complicaciones, suelen ser: 1.º Gran separación de las superficies de fractura é interposición de partes blandas que imposibilita su contacto. Esto hay que descubrirlo con la radiografía. 2.º La forma especial de la fractura, ó bien la rotación de pequeños fragmentos, etc., impiden coaptar y fijar debidamente las partes. 3.º La acción de alguna fuerza se opone á la unión ósea.

En casos semejantes no hay más remedio que optar entre la intervención quirúrgica y la inutilidad del paciente; eso sin contar con las operaciones de verdadera urgencia que impone la rotura de vasos importantes, y las que pueden diferirse algo, pero que al

fin hay que hacer, como ocurre cuando hay lesión de troncos nerviosos.

Lo dicho se refiere tan sólo á las fracturas que llamamos simples, y es de interés que hablemos algo de las que denominamos complicadas.

Debemos en éstas evitar la exageración en que á nuestro juicio incurren los cirujanos de América, recomendando sistemáticamente no hacer reposición de fragmentos, ni tocar, en sentido quirúrgico, la parte afecta, hasta que se ha desvanecido por completo el peligro de la infección, y huir también del pecado contrario de abrir, desinfectar, fijar y cerrar primitivamente todas las fracturas complicadas, como recomiendan con excesivo ardor no pocos cirujanos ingleses y alemanes.

Será, sin duda, más útil al enfermo una conducta basada en el eclecticismo; en lo que exija cada paso, procediendo á la más escrupulosa limpieza superficial y profunda, y luego á la reunión de las partes duras y de las partes blandas, según los preceptos quirúrgicos generales de no dejar espacios muertos, ni suturar tejidos, sospechando que pueden encerrar gérmenes sépticos; inyectando sueros antitético, antiestreptocócico, etc., según circunstancias, haciendo, en una palabra, no lo que recomienda tal autor ó sistema, sino lo que más puede convenir á nuestro enfermo.

En los casos muy graves de fractura conminuta es necesario proceder con mucha calma, y á todo trance se tratará de evitar la sepsis, que es el único peligro positivo que amenaza seriamente la vida total ó la vida parcial. Téngase presente que se halla resuelto el problema de la anastomosis vascular, y, por lo tanto, el cirujano está en el deber de apurar todos los recursos para el bien de su enfermo. Al Congreso celebrado en Valencia por la Asociación española para el progreso de las ciencias, presentamos el Catedrático de Quirúrgica de la Facultad de Zaragoza, Dr. D. Octavio García Burriel, y yo, una comunicación en la que se detalla nuestro procedimiento de enchufe y sutura vascular que da en animales de experiencia un elevado porcentaje de éxitos definitivos. La cirugía vascular no es cosa difícil, y sobre todo, con ensayarla nada se pierde; actualmente hay que atreverse á todo, y más aún á practicar una maniobra lógica, sancionada por la experiencia y que puede prestar enorme utilidad al enfermo; por-

que entre quedarse sin extremidad y conservarla con más ó menos acortamiento, poco hay que elegir.

2.º La operación no es perentoria ni aun absolutamente necesaria; pero si se practicase podrían quedar siempre bien algunos enfermos que, con el proceder clásico, unas veces quedan bien y otras muchas quedan mal.

Las fracturas epifisarias en T y en Y de húmero, fémur y tibia son los mejores ejemplos que podemos presentar de estos casos. El práctico deberá aconsejar que se realice tempranamente la operación: 1.º Cuando la alteración morfológica de las partes que integran la coyuntura imposibilite el juego libre y útil de la misma, siendo á la vez irremediable por el método incruento. 2.º Cuando un gran derrame sanguíneo intraarticular nos haga prever como fatal consecuencia la anquilosis. 3.º Cuando el temor de desunir los fragmentos haya de prolongar más de veinte días la movilización articular. También someteremos nuestra línea de conducta á lo que se derive del examen radiográfico.

3.º La operación sólo está indicada tras el fracaso del método incruento. Comprende este grupo la gran mayoría de las fracturas, sobre todo las de los huesos largos en sus diáfisis, que convendrá tratar según las siguientes reglas generales. Según hemos convenido, deberemos empezar por la radiografía, y tras ella estaremos en condiciones de hacer una reducción consciente, que se facilitará de un modo notabilísimo con el empleo de la anestesia general. La radiografía y el cloroformo son los dos elementos que con más eficacia ayudan al práctico á resolver bien el arduo problema de la coaptación fragmentaria. Son dos auxiliares igualmente importantes y además insustituibles. Lograda la reducción, procederemos á fijar é inmovilizar las partes por medio de apósitos de férulas, con vendajes enyesados ó silicatados, ó con aparatos mecánicos especiales como los que se emplean para deambulación en fracturas de fémur, etc.

Con tela metálica fina también se logran muy buenos resultados. Conviene cortar dicha tela al bies, y con ella se moldea la parte, merced al empleo de pinzas de forcipresión. Para darle solidez, se recubre con una pasta de celuloide disuelta en acetona.

A fin de evitar el escozor que la evaporación de la acetona produce sobre la piel, conviene recubrir ésta con unas pocas vueltas de venda. Al empezar á cubrir el vendaje y el alambrado se usará

el celuloide al 30 por 100, y las últimas capas deben darse estando la pasta más espesa, es decir, disminuyendo la cantidad de disolvente. La ventaja de los aparatos así contruídos estriba en su baratura, en su ligereza y en su flexibilidad. Pasados los veinte primeros días, se corta por la unión de los bordes de la tela, se quita con cuidado y se manda al guarnicionero para que lo forre por dentro con gamuza, lo bordee con cuero y le ponga en la unión unos ojetes para poderlo encordonar ó sujetar de otro modo cualquiera. El Médico, por su parte, comienza el masaje y la movilización de las articulaciones inmediatas con mucho cuidado de que por un movimiento brusco no se pierda lo ganado en esta primera fase del tratamiento. Ese plazo de veinte días, como se comprende, no es fijo y absoluto; variará según condiciones múltiples, que el Médico de cabecera tendrá presentes en cada caso, pero es el tiempo mínimo que conviene mantener la inmovilización. A los veinte días el tejido reparador ya va teniendo consistencia suficiente para impedir la desunión de los fragmentos. Con el masaje se activan los cambios nutritivos y se acelera la cura, á la par que se tonifican los músculos y se impide su atrofia. Pero todas estas ventajas sólo se obtienen á condición de que se opere sin violencia y exigiendo al paciente su más completa pasividad respecto á los movimientos del miembro lesionado, porque más de una vez, por querer demostrar su aptitud, su bienestar, determinan en un santiamén el fracaso de un tratamiento perfectamente dirigido. Claro que nos referimos con ese proceder á los casos felices en que la radiografía obtenida después de colocado el vendaje nos deja satisfecho del resultado de la coaptación. Si ésta no es buena, es forzoso quitar el vendaje y volver al principio hasta que quede bien. No hay que apurarse si hay que repetir esta maniobra una vez, ó dos, ó tres, ó las que sean, pues conviene que el práctico sepa que para tales ensayos y tentativas la Naturaleza le concede un plazo de siete días, y en una semana, que empieza á contarse desde el momento del accidente, mucho se puede hacer; pero si ese tiempo se pasa sin haber vencido las dificultades que acompañaban al caso, entonces hay que renunciar á nuevas tentativas y entregarse incondicionalmente al supremo recurso de la operación á campo abierto.

Creemos haber puntualizado las indicaciones del método cruento en el tratamiento de las fracturas, pero hasta ahora nada hemos

dicho de las contraindicaciones que muy á menudo podrán presentarse. Estas contraindicaciones tendrán dos orígenes. Uno de ellos está subordinado á condiciones derivadas del mismo enfermo (edades extremas, cardiopatías, infecciones ó caquexias graves, etc.), y el otro se relaciona con circunstancias del medio quirúrgico en que se vive, pues hay que sentar como axioma que no debe emprenderse ninguna reducción cruenta de fracturas si no se tiene de antemano la seguridad absoluta de una asepsia perfecta antes, durante y después de la operación. Si discurremos un poco, veremos cómo en esta materia tiene justificación tan exagerado rigor. La asepsia en cirugía de huesos es aún más importante que en cirugía abdominal, porque al fin el peritoneo, merced á sus condiciones histológicas y circulatorias, tiene gran capacidad defensiva contra la infección; mientras que el hueso, por su estructura, es en cambio terreno abonado para que ella se entronice y se sostenga durante mucho tiempo. Además, en las operaciones dirigidas á la fijación ósea, es preciso abandonar hilos de tripa, seda ó metal, clavijas, tornillos y chapas de hueso, marfil ó mejor también metálicos; en una palabra, cuerpos extraños poco atacables por el medio orgánico, que más ó menos irritan y determinan un estado local muy á propósito para que la infección aparezca.

Se deduce de todo lo dicho, que la cirugía que nos ocupa merece los honores de una especialidad no abordable por todos los que hacen cosas quirúrgicas, ya que para lograr éxito en ella conviene hacer una preparación, un verdadero estudio especial de las particularidades de tan importante rama. Es de rigor, por ejemplo, desinfectar completamente la región; esterilizar, tanto los instrumentos como el material de fijación que empleemos; cubrir la piel con paños asépticos para que los extremos del hueso no la toquen. Pero es que, además, no hay que tocar para nada el hueso con los dedos, ni aun llevándolos enguantados, y hasta es muy lógico y recomendable lo que hace el famoso cirujano inglés mister W. Arbuthnot Lane, que es operar con instrumentos especiales de mango largo, que ha mandado construir exclusivamente con este fin, pues toda precaución, todo mimo es poco cuando se trata de evitar cosa tan inquietante y tan fastidiosa como la infección del hueso.

Vamos á decir algo de la técnica operatoria más comúnmente seguida en cada variedad de fractura.

Las roturas de las diáfisis se descubren por una incisión de su-

ficiente amplitud practicada en el sitio que estimemos más conveniente, según las enseñanzas que suministra la anatomía. Separados que hayan sido los tejidos blandos del contorno del hueso en la extensión que juzguemos prudencial, un ayudante flexiona el miembro, evitando el estiramiento vásculo-nervioso, y hace que las superficies de fractura salgan al exterior para limpiarlas, regularizarlas y avivarlas lo necesario. Cuando la fractura es transversal, la fijación más conveniente se logra con una chapa metálica que se sujeta con cuatro tornillos; la longitud de los cuales será tal, que no sobresaldrá nada en el interior de la cavidad medular. Si se sujeta la chapa sólo con dos tornillos, se corre el riesgo de que cada fragmento gire sobre su respectivo tornillo y se pierda por completo la coaptación. Conviene que el calibre del taladro sea un poco menor que el de los tornillos, y que éstos tengan labrada en su terminación una espiral para facilitar su entrada. Para la buena colocación hay que taladrar perpendicularmente, porque si no el tornillo entra torcido y queda mal. También se aconseja no apretar demasiado para que no rompa el hueso ó se pase la rosca y quede flojo el tornillo. Antes de taladrar comprobaremos que no hay rotación longitudinal del hueso, para evitar la viciosa actitud que en tal caso resultaría.

Las fracturas oblicuas de las diáfisis se sujetan muy bien con hilo metálico, haciendo antes una pequeña muesca en algunos puntos ó en todo el contorno del hueso. El alambre debe colocarse perpendicularmente al eje mayor del hueso fracturado, porque si hubiese oblicuidad podría también perderse la coaptación, y es preciso torcer con cierto tino para que no quede demasiado flojo ó, por el contrario se rompa.

Las inmensas variedades de forma que suelen presentar las restantes fracturas, impide dar reglas para su reposición. Los tornillos, las vueltas de hilo metálico, las chapas de forma especial, manejadas por un cirujano ingenioso, servirán perfectamente para llenar todas las indicaciones.

Una palabra respecto al material más conveniente á nuestros fines. No sabemos con qué fundamento, pero es lo cierto, que casi nadie abandona en los tejidos más hilo metálico que el hilo de plata. Impera la misma rutina en el tratamiento cruento de las fracturas y las chapas, tornillos, alambres, etc.; suelen fabricarse con

ese precioso metal, con lo que no se logra ninguna ventaja y se tocan algunos inconvenientes.

Es un hecho reconocido y observado en todas partes, que las fracturas de rótula circunvaladas con hilo de plata recidivan con bastante frecuencia. Tal accidente se debe á la desintegración que en los tejidos sufre el metal aludido, y esto se ha demostrado palmariamente merced á la radiografía. Riem (1) examinó once casos de hernias de distintas clases, operados por el profesor Korte, en un lapso de tiempo variable entre cinco y ocho años anterior á la fecha de dicho examen. Todos ellos padecían hernias incoercibles, y fueron sometidos al emparrillado con hilo de plata, único medio de tapar la extensa brecha que era imposible cubrir con masas musculares ó con otro material autógeno. A uno de estos sujetos se le pudo autopsiar, y los restantes fueron radiografiados. En todos ellos se vió roto y deshecho el enrejado que hasta entonces se consideraba como elemento perenne de contención. Sólo uno de estos enfermos que fué operado de dos hernias, una inguinal y otra ventral, presentaba íntegra la armadura de la primera, pues la de la segunda también estaba rota.

Von Frisch (2) relata el caso siguiente: »Hace veinte y cuatro años, fué una señora operada de un mioma uterino y consecutivamente de hernia post-laparotómica. Algunos años después aquejaba obstrucción intestinal crónica, por cuyo motivo Frisch intervino y la reparatomizó, encontrando que los hilos de plata empleados para contener la hernia se habían roto por algunas partes, clavándose hacia el interior del abdomen y ocasionando inflamaciones adhesivas entre el omento, el mesenterio y el intestino delgado. Un trozo extirpado del omento permitió demostrar química y microscópicamente que el color negruzco que allí se advertía era debido á un abundante depósito de sulfuro de plata.

E. Hey Groves (3) refiere la necropsia de un hombre con peritonitis adhesiva ocasionada por igual mecanismo, es decir, á consecuencia de la rotura y prociencia intrabdominal de los alambres de plata empleados en la contención de una hernia inguinal.

Von Braun (4) ha examinado doce casos de sutura rotuliana

(1) Archiv für Klinische Chirurgie, 1910.

(2) Ueber die Anwendung des Silberdrahtes in der Chirurgie. Ibid, 1912.

(3) The Lancet, Octubre, 5, 1912.

(4) Ueber das Schicksal des Silberdrahtes bei del offenen Naht der gebrochenen patella.

con los rayos X. Menos en uno, en todos había roto el hilo de plata. Queda, pues, bien probado que la sulfuración que este metal sufre en los tejidos va debilitando su resistencia hasta un grado en que el esfuerzo muscular basta á romperlo.

La proseripción del hierro para los fines quirúrgicos derivará tal vez de la antigua creencia de que su óxido, el *orín*, enconaba las heridas; pero si bien nos fijamos, pronto caeremos en la cuenta de que ese buen metal es el que más abunda en el organismo. El cirujano inglés antes citado, F. Hey Groves, aboga por su rehabilitación y refiere haber hecho uso en varios casos, de alambre de hierro estañado, con éxito completo. Otros autores también ensalzan sus buenas condiciones de resistencia, flexibilidad, duración, abundancia y baratura, considerándole superior á los demás hilos metálicos, y sobre todo al de plata.

Terminaremos recomendando á quienes se hayan convencido de los beneficios que á la humanidad puede reportar el método cruento en la terapéutica de las fracturas, que para hallarse en condiciones de llevarlo á la práctica no se limiten á leer y leer pensando que basta para poder terminar felizmente la operación. Será mucho más útil que dediquen antes algún tiempo á prácticas de carpintería en su casa ó en un taller, y luego que se vayan al anfiteatro á darse unas cuantas sesiones de trabajo de esta clase.

No olvidemos que el éxito se acompaña muy bien con la perfección en la fractura, y que para lograr ésta hacen falta tres condiciones que pudieran llamarse virtudes: ciencia, paciencia y experiencia.

M. IÑIGO,
Médico primero.

NOTA CLÍNICA

UN CASO DE FIEBRE HISTÉRICA

La fiebre es una manifestación histérica rara, y por esto, por la persistencia del síntoma que duró mes y medio, por la extraordinaria elevación que adquirió la fiebre, es por lo que voy á publicar el caso.

Señora de unos cuarenta años. Múltiples manifestaciones histéricas desde los quince, tales como ataques de pequeño y gran mal, numerosos estigmas mentales y somáticos, anestesia faríngea, zonas anestésicas en los muslos, ovaralgia á la presión, tic palpebral, hiperestesia mamaria, etc. Además, una mentalidad realmente histérica: gran versatilidad de humor, variabilidad extrema de carácter, indiferencia ante acontecimientos de importancia y exagerada sensibilidad moral por verdaderas nimiedades; variados miedos patológicos y desusado valor en circunstancias realmente terroríficas; orgullo desmedido y aberrante; es decir, envanecimiento por casos que á una mujer normal no habrían envanecido nunca; manía de médicos y medicinas; temperamento genital marcado; impasibilidad en circunstancias que habrían afectado á otra mujer, como, por ejemplo, ante una parálisis, ante un espasmo masetérico, ante una hematemesis.

Esta mujer me llamó una tarde, porque la había acometido frío estando trabajando en su casa. Tenía 40° y tres décimas. Como la fiebre es el síntoma más notable, sobre ello insistiré.

La diagnosticué de palúdica, pensando en todo menos en la neurosis, y prescribí quinina, fiebre cotidiana. En ocasiones, dos accesos diarios, sin predominio alguno por horas determinadas, y que nunca duró más de seis; á veces, se iniciaba sin fenómeno alguno aparatoso, y en ocasiones, con afasia, con opresión torácica, dolor de pecho, precordialgia, crisis de constricción laríngea, espasmo glótico, temblor general, calambres en los miembros, dolor ovárico, calofrío, ahogo por bola gruesa, que pasaba del vientre al pecho y de éste á la garganta. En ocasiones, aparecían estos fenómenos sin fiebre, ó cuando iba ésta á terminar. Esta fiebre no privaba á la enferma del libre ejercicio de su mentalidad, pues hablaba, reía, se ocupaba de asuntos caseros. Esta fiebre no afectó nunca al pulso, pues la enferma jamás, pasó de 66 pulsaciones, y es curioso que su familia es ver daderamente bradicárdica: el padre tiene 69 pulsaciones; un hijo de diez años, 70, y 85 otro de tres años. Esta fiebre fué desde el principio notable por su elevación. Duró mes y medio, y alcanzó elevaciones de 39°, 40°, 41°... ¡44°, 2!, y en muchas ocasiones, con 44,2 estaba la enferma tranquila, con un pulso bueno que latía al minuto 66 veces.

Esta fiebre no podía ser sino histérica, aun cuando yo, al principio, cometiendo un grosero error, la diagnosticase palúdica. No

había razón alguna que lo explicase; no alteraba el pulso, no modificaba la curva urinaria, no afectaba el sensorio; iba precedida de claros fenómenos neuróticos, sucedidos de ellos ó contándolos como equivalente. Estoy convencido de que yo prolongué aquella fiebre, de la cual, es lo cierto, se alegraba la enferma en su patológica afición á lo raro, viéndose sujeta de una tan desusada piresia, y si yo no doy importancia á la fiebre, no mando medicamento alguno, y me conformo con una terapéutica sugestiva; si yo no me preocupo de los grados que marcaba el termómetro y apenas mido la temperatura, la enferma deja de serlo antes. Creo ahora que ella no daba importancia á su mal, y que mentía, que disfrutaba contando sus torturas cardíacas, su sensación de muerte inevitable. «Mentía en la muerte, como en todas las circunstancias de su vida; estaba en su papel Taguet.»

Por mi parte declaro mi error, y me prometo para lo futuro no asustarme jamás por ignorancia de una fiebre histérica, sobre todo cuando marque el termómetro 44° y 2 décimas.

JOSÉ VALDÉS,

Médico primero.

VARIEDADES

Cuando cerrábamos la edición del anterior número de la REVISTA llegó á nuestra noticia la sentida muerte del ilustre Catedrático y Presidente de la Real Academia de Medicina, Excelentísimo Sr. D. Julián Calleja, Conde de Calleja.

La ciencia patria está de luto ante el vacío irreparable que deja el sabio maestro de tantas generaciones médicas.

Y la REVISTA DE SANIDAD MILITAR, por su parte, se asocia de corazón al dolor que experimentan su distinguida familia y las clases profesionales á cuyo engrandecimiento tanto contribuyó el finado.

*
**

El IX Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y

Geología se reunirá en Madrid, desde el día 15 al 22 de Octubre de 1913.

Por parte del Cuerpo de Sanidad Militar figuran: como Vocal de la Junta del Patronato del Congreso, el Excmo. Sr. Inspector de la 1.^a Región, D. Pedro Altayó, y el Director del Instituto de Higiene, Sr. Hermida; y como Secretarios de actas, el Farmacéutico mayor Sr. Ubeda y el Médico mayor D. Emilio Pérez Noguera.

*
* *

Aviso á los bacteriólogos que se dedican al estudio experimental de la tuberculosis.—Me esfuerzo en demostrar, hace una quincena de años, que el bacilo ácido-resistente de Koch procede de bacterias no ácido-resistentes descubiertas por mí, de fácil cultivo y dotadas de aptitudes saprofiticas, bacterias que se encuentran muy repartidas en la Naturaleza, y producen la tuberculosis espontánea.

Las indicadas bacterias, convenientemente inoculadas á los cobayos, pierden, adaptándose al organismo de estos animales, su fácil cultivo, volviéndose tuberculógenas, y se transforman en bacilos ácido-resistentes de Koch, perfectamente aislables.

Aun cuando ellas carecen completamente de virulencia, se llega á provocar con ellas una tuberculosis espontánea.

Cuando son virulentas, provocan las formas agudas de la tuberculosis.

Como es precisamente el lado obscuro de la Biología del bacilo ácido-resistente de Koch, de donde provienen toda clase de dificultades, con las cuales nosotros tropezamos para resolver de forma satisfactoria el problema de la profilaxis y de la curación específica de la tuberculosis, el que suscribe estima que ya es tiempo de rectificar la orientación impresa á las investigaciones efectuadas á este objeto.

Para demostrar que esta convicción es firme, él se ofrece á proporcionar desinteresadamente, y á todos los colegas que tengan á bien hacer la demanda, culturas de las susodichas bacterias no ácido-resistentes, de aglutininas específicas para reconocerlas, así como la literatura relativa á esta interesante cuestión.

Barcelona, Enero 1913.

Instituto J. Ferrán, carretera de Horta, Barcelona.

(Se solicita la reproducción del presente aviso en todas las revistas médicas.)

*
* *

Nos comunican de Tánger, que tanto en el Ministerio de Estado como en aquella Legación, ha sido muy alabada la brillante gestión diplomática que para el nombramiento de Jalifa de nuestra zona ha llevado á cabo en Fez el Médico primero D. Francisco García Belenguer, agregado al Consulado de aquella ciudad y Médico del Sultán de Marruecos.

*
* *

El *Diario Oficial* de 26 del pasado, publica las plantillas de personal por las que ha de regirse la Comandancia general de Ceuta, y que por lo que á la Plana mayor de nuestro Cuerpo se refiere, consiste en lo siguiente:

Jefatura de Sanidad y Dirección del Hospital de Ceuta: Un Subinspector Médico de primera clase.

Hospital de Ceuta: Un Subinspector Médico de segunda clase, seis Médicos mayores, cuatro Médicos segundos, un Subinspector Farmacéutico de segunda, un Farmacéutico primero y dos Farmacéuticos segundos.

Hospital de Tetuán: Un Médico mayor, un Médico primero y un Farmacéutico segundo.

Ambulancia de montaña n.º 1, afecta á la Brigada de Cazadores: Un Médico primero y un Médico segundo.

Compañía mixta de Sanidad: Un Médico primero y tres Médicos segundos.

*
* *

Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.—Programa del Concurso para los premios del año 1913.—Premios de la Academia.—1.º «Exposición de uno ó varios hechos de observación personal, ó interpretación general de hechos ya conocidos concernientes á la patología de una ó varias enfermedades de la nutrición.»

2.º «Exposición de uno ó varios métodos originales sobre la preparación de medicamentos opoterápicos.»

3.º «Exposición de uno ó varios hechos de observación personal, ó interpretación original de hechos ya conocidos, concernientes á una ó varias enfermedades enzoóticas ó epizooticas transmisibles al hombre.»

4.º «Estudio topográfico-médico de cualquier punto del distrito académico de Barcelona (Principado de Cataluña)», excepto los de Vich, Tarragona, Caldas de Malabella, Olot, San Feliú de Guixols, Gerona, Tarrasa, La Escala, Masquefa, Seo de Urgell, Reus, Setmanat, Mataró, Tremp, Vilaseca de Solcina, García, Castellar del Vallés, Castelltersol, Santa Coloma de Queralt, Sallent, Solsona, Vilafranca del Panadés, Tortosa, Badalona, San Cugat del Vallés y Bañolas, ya premiados en Concursos anteriores.

Premio del Dr. Salvá y Campillo, costeado por la Academia.— «Escribir la observación de una epidemia ocurrida en algún punto de España.»

Premio costeado por el Dr. Rodríguez Méndez.— «Libro de lectura para niños y niñas» de las escuelas de Ateneos obreros é instituciones análogas, en que se desarrollen, habida cuenta de la edad, del tiempo que puedan dedicar á la enseñanza y de su grado de cultura, los siguientes temas, subdivididos ordenadamente en capítulos:

—Higiene doméstica é individual en todos sus aspectos.

—Socorros en casos de accidentes.

—Cuidados que han de prestarse á los enfermos.

Este libro debe estar escrito en lenguaje sencillo y agradable, y se estimará como condiciones muy atendibles el empleo de dibujos y la intercalación de anécdotas para facilitar la comprensión.

El libro premiado pasará á ser propiedad del Dr. Rodríguez Méndez, quien á su vez la cederá gratuitamente á los mencionados Centros de cultura, en las condiciones y época que crea más convenientes.

Para cada uno de estos cinco temas habrá un *premio* y un *accésit*; pudiendo, además, la Academia adjudicar las *menciones honoríficas*, y aumentar el número de premios y accésits que estimare merecidos.

El *premio* consistirá en el título de Académico correspondiente de esta Corporación y una medalla de oro. Además, si la Acade-

mia acordare la impresión de la Memoria á sus expensas, regalará al autor doscientos ejemplares.

El *accésit* consistirá en el título de Académico correspondiente. Sin embargo, dicho título no se concederá al autor de la Memoria que obtuviere *premio ó accésit*, si no es Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirugía, ó en Farmacia ó Veterinario de primera clase.

La *mención honorífica* consistirá en un diploma especial.

Las Memorias deberán reunir precisamente las siguientes condiciones:

- 1.^a Estar escritas con letra muy clara.
- 2.^a Estar redactadas en castellano, catalán, latín, francés ó italiano. La relativa al premio del Dr. Rodríguez Méndez ha de estar en castellano.
- 3.^a Expresarse el nombre del autor y el punto de su residencia, dentro de un pliego cerrado, en cuyo sobre se pondrá un epígrafe, que ha de haberse escrito también al principio de la Memoria.
- 4.^a Ser dirigidas á la Secretaría de la Academia (Baños Nuevos, 9), en donde se admitirán hasta las doce de la mañana del 30 de Septiembre próximo.
- 5.^a Finalmente, presentarse las Memorias sin firma ni rúbrica, no debiendo ser copiadas por sus autores respectivos, ni aparecer siquiera con sobrescritos de su letra.

Los pliegos de las que obtuvieren *premio, accésit ó mención honorífica* serán abiertos, y los de las restantes quemados, en la sesión pública inaugural de 1914, en la que, sabidos los autores de las Memorias que hayan sido premiadas, serán llamados por el señor Presidente, quien les entregará la medalla si asistieren al acto.

Las Memorias que vinieren después de dicho día 30 de Septiembre no serán admitidas al Concurso. Se invitará públicamente á sus autores, en el término de un año, pasen á recobrarlas en la Secretaría de la Academia, mediante los requisitos establecidos; mas si finido aquel plazo no se hubiesen presentado, los pliegos cerrados correspondientes á dichas Memorias serán quemados en la sesión pública inaugural de 1915.

Los individuos de número de esta Academia no pueden concurrir al presente Certamen, pero sí los correspondientes.

Sólo á los autores de las Memorias que hayan obtenido *premio ó accésit* dará permiso la Academia para publicarlas.

Barcelona, Enero, 1913.—*El Presidente*, MIGUEL A. FARGAS.—*El académico Secretario perpetuo*, LUÍS SUÑÉ Y MOLIST.

NOTA.—*Premio del Dr. Gari* (cinco mil pesetas y un *accésit* de mil pesetas), anunciado en 30 de Enero de 1912.—Tema: (exposición de uno ó varios hechos de observación personal, ó interpretación original de hechos ya conocidos referentes á la Anatomía, fisiología, ó patología del aparato urinario.)—Esta Academia recuerda que el plazo para la admisión de Memorias termina á las doce de la mañana del 30 de Septiembre de 1913. (Véase las condiciones del Concurso en el Programa publicado en 30 de Enero de 1912.)

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

La intoxicación ácida en el cólera.—A W. Sellards y A. O. Shalklee (*The Philippine Journal of Science*, vol. VI) dicen que el cólera, en el período de reacción y de uremia, y la intoxicación ácida de la diabetes, tienen algunos caracteres comunes, entre los cuales figuran:

1.º Tolerancia muy marcada para los alcalinos: 90 gramos de bicarbonato sódico en el cólera y 200 en la diabetes no bastan siempre á alcalinizar la orina. En ambos padecimientos el bicarbonato sódico posee propiedades diuréticas acentuadas en ciertos períodos.

2.º Las cantidades absolutas y relativas de amoníaco en la orina aumentan considerablemente en las dos enfermedades. La administración de los alcalinos, aun á altas dosis, es á las veces impotente para hacer bajar la cantidad excretada de amoníaco. En el cólera no es raro encontrar en la orina una mengua en la proporción de urea.

3.º Las investigaciones preliminares muestran que la sangre de los coléricos en estado de uremia, como la de los diabéticos en período comatoso, tiene una gran mengua en la proporción de ácido carbónico.

4.º En los dos procesos hay gran disminución en la alcalinidad de la sangre.

5.º Las inyecciones alcalinas en los últimos períodos de una y otra enfermedad modifican la marcha de ambas, sin cambiar su terminación. Administrando precozmente los alcalinos en el cólera, se observa que son eficaces para impedir la muerte por uremia, sin que aumente el número de defunciones por otras causas.

La valía de estos hechos análogos no puede ser determinada sino con investigaciones ulteriores más extensas; pero, con Naunyn, se ha de admitir dos tipos de intoxicación ácida: la absoluta y la relativa. Se comprende que la salida prolonga-

da de materias alcalinas en el curso de la diarrea premonitória dé origen á una acidez relativa. Se comprende también que una excesiva cantidad de ácido puede existir en el cólera, determinando la producción de una intoxicación ácida absoluta.—(*Gaceta Médica Catalana*, 15 Abril 1913)—*Rodríguez Méndez*.

* * *

El coma canceroso y el coma diséptico, por Faibret.—No es siempre fácil reconocer la causa del coma en los enfermos. Entre las causas que pueden conducir al coma, figuran el cáncer estomacal y la dispepsia grave ligada á alguna lesión gástrica.

En el cáncer, como en las afecciones digestivas organopáticas graves (úlceras del estómago, enfermedad de Reichmann, estenosis pilórica no cancerosa), se puede observar un coma muy semejante al que se ofrece en el curso de los neoplasmas.

Primeramente se presenta en esta complicación una agitación motriz, sobreviniendo después una somnolencia gradual que rápidamente se cambia en profundísima. El coma puede ser ligero ó profundo, y tiene muchos de los caracteres conocidos. Cualquiera que sea su grado, puede ser cortado por fases de excitación y el enfermo responde en ocasiones con lucidez á los llamamientos vigorosos.

En cuanto á su evolución puede ser brusca excepcionalmente, ó precedida de convulsiones sin otros fenómenos nerviosos.

La duración es variable, pero en general es un accidente rápida-

mente mortal: dos ó tres días (Bouveret); algunos días más (Cade).

Se distingue del coma urémico, sobre todo por la ausencia de convulsiones, pero se asemeja bastante al de los diabéticos.

Desde el punto de vista terapéutico, no tienen gran alcance estas distinciones; sin embargo, en los diabéticos la medicación alcalina intravenosa, daría resultados que serian nulos en el cáncer.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, Febrero 25.)—*J. P.*

* * *

Úlcera redonda de estómago y linfatismo, por el Dr. Erich Stoerke.—Uno de los principales factores etiológicos de la úlcera de estómago es el linfatismo, sobre todo en los jóvenes.

1.º Por el aumento del número de folículos linfáticos del estómago y su tendencia á la formación de mamelones, siempre que una causa irritante actúe sobre ellos. El estado mamelonado es ayudante por sus propiedades físicas y por su vascularización, á que los fragmentos de los ingesta produzcan heridas mecánicamente.

2.º Muy verosímilmente juega un papel considerable la menor resistencia que en estos sujetos ofrece el sistema linfático frente á la infección. Pues si bien la antigua teoría de la infección primitiva como causa de úlcera de estómago apenas subsiste, por el contrario, las infecciones secundarias generales agravan las ulceraciones preexistentes de cualquier origen mecánico, etc., como también se observa en las tonsilitis y anginas cuando el enfermo padece una tifoidea, pulmonía, etc.

3.º Existe en los sujetos linfáticos una vagotonía, y esta deficiencia en la innervación del pneumogástrico obra como todas las atonías nerviosas, favoreciendo el origen y desarrollo de las ulceraciones.

4.º La hipoplasia arterial común á todos los individuos linfáticos favorece igualmente la implantación y desarrollo de la úlcera redonda.

Se dan, por lo tanto, en estos individuos un conjunto de condiciones favorecedoras de la presentación de la úlcera, así como de su persistencia y cronicidad una vez aparecida.—(*Deut. Med. Woch.*, 1913, número 11.)—*F. G. D.*

* * *

La fractura de Bennet, por Jagonley.—Entre las diversas fracturas de la extremidad superior del primer metacarpiano, una de las más

frecuentes, que se confunde á menudo con una contusión ó con una distensión, es la llamada de Bennet, es decir, una fractura de trazado oblicuo, de arriba á abajo y de atrás á adelante, con desplazamiento manifiesto del fragmento inferior hacia arriba y hacia atrás.

El fragmento de la extremidad superior destacado es de un volumen muy variable, pudiendo el trazado de la fractura llegar hasta destacar la mitad anterior de la superficie articular del metacarpiano, y penetrar á una distancia variable en la diáfisis.

La consolidación de esta fractura se hace frecuentemente por un callo deforme, que se pronuncia hacia delante ó hacia atrás, y no es raro que se presente á continuación una impotencia funcional, á veces definitiva.—(*Paris Médical.*)—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Desde el campo de operaciones de la guerra turca, por el Dr. Wicting Pascha.—El número de enfermos coléricos asistidos en San Stefano, hasta el 1 de Diciembre de 1912, más el de los sospechosos que allí sufrieron cuarentena, fué 15.836 con 2.757 muertos, lo que demuestra el rigor con que se procedió al aislamiento de todos los casos, aun los más leves.

Ofrece el autor exponer los resultados obtenidos con la vacuna antitífica, pues muchas tropas de las de primera línea habían sido vacuna-

das previamente. Hasta la fecha, la tifoidea no había hecho grandes progresos: mayores eran los de la disentería que amenazaba extenderse considerablemente.

Respecto á enseñanzas quirúrgicas, no hace esta campaña, más que confirmar las enseñanzas de las anteriores en que se han utilizado proyectiles de pequeño calibre. Heridas penetrantes de vientre se curan mejor con la no intervención, sin que se haya explicado satisfactoriamente el porqué de esta discrepancia entre la cirugía militar y la

civil. Respecto á las heridas penetrantes de pecho, es preciso recoger los datos de todas las formaciones sanitarias, pues mientras los hospitales de evacuación afirman en sus estadísticas la benignidad relativa de estas lesiones, en las formaciones de primera línea fallecen muchos, y esto hace sospechar si los datos suministrados por los hospitales no son inexactos, por referirse sólo á los que han llegado hasta ellos después de correr los mayores riesgos. A 60 por 100 asciende la mortalidad de estas heridas en formaciones de primera línea.

La infección en las heridas de Shrapnel, no ha sido la regla, como algunos cirujanos, llegados á última hora, han afirmado. Se infectaron tan solo un tercio de ellas. Igualmente hay que afirmar que la gran mayoría de los heridos lo eran por proyectiles de pequeño calibre, y ahora, como siempre, el cañón ha hecho pocas víctimas. En cambio, había muchos heridos por ametralladoras Maxim.

Las condiciones del transporte influyeron mucho en la ulterior infección de las heridas. Tétanos se vió en un 0,3 por 100 de éstas, con un 96 por 100 de mortalidad. El utilizarse para transporte de heridos vagones en los que se habían conducido caballos, explica la frecuencia de esta infección.

Por defectos de transporte, se infectaron muchas heridas con fractura de los huesos de muslo y pierna, viéndose por esta causa flegmones pútridos que se evacuaron, y que algunas veces exigían la amputación del miembro.

Gran número de heridos tenían fracturas. En éstas la reducción era sencilla, pero la contención es muy

difícil en campaña. La mayor dificultad consiste en el tratamiento de las heridas de muslo; en cambio, las de brazo y antebrazo curan y se consolidan con facilidad.

También las hemorragias son más frecuentes é intensas en las heridas de muslo. Han sido raros los aneurismas traumáticos. Siete casos, de ellos, dos de la femoral. El peligro de las hemorragias tardías, raro en la cirugía de paz, no lo es tanto en la de campaña, sobre todo, en las heridas con fracturas, y hay que tener mucha prudencia al colocar y retirar drenajes.

Finalmente, se observaron unos 150 casos de gangrena de las extremidades inferiores por enfriamiento que no llegaba á la congelación.— (*Deust. Med. Woch.*, 1913, núm. 4.)
F. G. D.

* * *

Carruajes automóviles de ambulancia para Bulgaria.—*El Allgemeine Automobil Zeitung* (Diciembre de 1912), anuncia que Bulgaria ha encargado diez carruajes automóviles de ambulancia de 20 H. P. á la compañía Daiculer, para entrega inmediata.

El chasis es del tipo general Daiculer, de una tonelada; la máquina tiene cuatro velocidades y una para marcha atrás; el recorrido máximo sobre un buen camino es de 20 millas (unos 37 kilómetros) por hora. Las ruedas delanteras tienen llantas neumáticas, y las traseras sólidas de goma. El motor se alimenta con bencina, y su gasto es de cuatro y medio galones para 65 millas; la capacidad del depósito llega á 90 litros. El carruaje, provisto de luces de acetileno y también de lámparas de parafina, tiene un depósito de agua para bebida. El carruaje lle-

va cuatro camillas de tubos de acero y lona, con muelles, y puede transportar cuatro pacientes acostados, ó cuatro sentados y dos acostados. Está cubierto de lona impermeable y las cortinas pueden replegarse.—(*Jour of the R. A. M. C.* Febrero 1913.)—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Discursos leídos en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, en la recepción del académico Dr. D. Pedro Zuloaga Mañueco, el día 13 de Abril de 1913.

Laméntase el Dr. Zuloaga del poco aprecio que suele hacerse, en la práctica profesional, de la «opoterapia», y en particular de los extractos hipofisarios, á los que el recipiendario ha procurado dedicar sus actividades, pues en España pocos son los tocólogos que han hecho uso de esta medicación para reforzar las contracciones uterinas en el parto, habiéndose, en cambio, empleado extensamente en otras naciones europeas y americanas.

Después de una prolija descripción anatómica del cuerpo pituitario, ocupáse el Dr. Zuloaga de las tres funciones principales que en él se señalan: trófica, antitóxica y cardio-vascular, detallándolas y haciéndolas patentes mediante la exposición de las más modernas experiencias de reputados fisiólogos, y citando las llevadas á cabo en España por Parache y Albasanz principalmente.

Describe á continuación, con arreglo al criterio de Delille, la hiperhipofisia, y la dishipofisia ó insuficiencia hipofisaria, haciendo relación de los distintos estados patológicos que las presentan.

Trata extensamente de la hipertrofia de la hipófisis durante el embarazo y de las relaciones de las glándulas endocrinas entre sí, resumiendo en siete conclusiones el interesante estudio del órgano descripto, cuya fisiología, si no del todo conocida, no lo es en tan débil proporción que impida presagiar una cada vez más importante participación en el mecanismo de la vida y en sus consecuencias terapéuticas.

En la segunda parte ocupáse el autor de los extractos hipofisarios, haciendo de ellos un estudio completísimo y altamente científico en sus aplicaciones á la clínica.

El Académico encargado de la contestación á este discurso, Dr. Domenech, hace un merecido elogio de su autor, explanando también por su parte un bonito estudio de las glándulas de secreción interna; y á la verdad, la impresión que se saca de la lectura de estos trabajos no puede ser más favorable á la nueva medicación y á la probada competencia y laboriosidad de sus autores.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

24 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 83) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. Félix Estrada Catoyra, y al Médico segundo D. Juan Pomar Taboada.

» » Real orden (*D. O.* núm. 84) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Francisco Molinos Romeo y D. Adolfo Azoy Alcaide; á los Médicos primeros D. Paulino Paredes Pereda y D. José Pastor Pérez, y al Médico segundo don Manuel Guirao Cea.

11 Abril....—Real orden (*D. O.* núm. 82) concediendo al Subinspector Médico de primera clase D. José Delgado Rodríguez la cruz de 3.^a clase del Mérito Militar, con distintivo rojo, por los méritos contraídos en la ocupación de posiciones en las inmediaciones de la Plaza de Ceuta.

» » Real orden (*D. O.* núm. 82) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Angel Calvo Flores.

» » Real orden (*D. O.* núm. 82) disponiendo cause baja en el Cuerpo, á solicitud propia, el Médico provisional D. Manuel Lozano Figueras, quien deberá continuar figurando en la Reserva facultativa del mismo hasta cumplir su compromiso con el Ejército.

15 » Real orden (*D. O.* núm. 84) disponiendo que el Médico primero D. Severino Torres Acero; que presta sus servicios en el Regimiento Cazadores de Talavera, 15.^o de Caba-

- lería, pase destinado al grupo montado de Artillería de Larache, efectuando su incorporación con toda urgencia.
- 16 Abril. . . .—Real orden (*D. O.* núm. 85) disponiendo que el Jefe y Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo que á continuación se expresan, constituyan el Tribunal que ha de juzgar los exámenes que, para cubrir plazas de practicantes civiles se efectuarán el día 22 del actual: Farmacéutico mayor D. Enrique Izquierdo Yebra; Farmacéuticos primeros D. Tomás Vidal Freixinet, D. Miguel Rivera Ocaña y D. Mariano Valdelomar Gijón, y Farmacéutico segundo D. Adolfo González Rodríguez.
- 18 » » Real orden (*D. O.* núm. 88) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento, de la provincia de Logroño, al Médico primero D. Manuel Díaz Bádenas.
- 19 » » Real orden (*D. O.* núm. 89) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico mayor D. Cándido Navarro Vicente.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 89) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. José Artal Costa.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 89) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. José Cancela Leiro.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 90) aprobando el presupuesto de 194,50 pesetas, formulado en acta por la Junta económica del Parque de Sanidad Militar, á fin de adquirir los envases necesarios para el embarque del Hospital de evacuación, ordenado remitir á Tetuán.
- 21 » » Real orden (*D. O.* núm. 90) concediendo á la familia de Farmacéutico mayor D. Cesáreo de los Mozos Salvador, prórroga del plazo reglamentario para poder trasladarse, por cuenta del Estado, desde Guadalajara á Burgos, por el plazo de dos meses.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 90) concediendo licencia para contraer matrimonio al Farmacéutico primero D. Luis Maiz Eleicegui.
- 22 » » Real orden (*D. O.* núm. 91) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Rafael Candel Peiró, del Hospital de Valencia, pase á prestar sus servicios en el de Archena, durante la próxima temporada de baños.

22 Abril. . . .—Real orden (*D. O.* núm. 91) disponiendo se incluyan en el «Petitorio» de hospitales vigente, como productos nuevos, la aspirina, el salicilato de metilo, el cloruro de adrena-
lina, en solución madre al 1 por 1.000, el cloruro de etilo, en ampollas de 10 á 30 gramos, el cianuro de mercurio y el mieleinato de sodio; adquiriéndose directamente por los hospitales la gasolina comercial para combustible y el carbonato de bismuto para los gabinetes de radiografía».

25 » » Real orden (*D. O.* núm. 93) organizando los servicios de las distintas armas y Cuerpos de la Comandancia general de Ceuta con arreglo á las nuevas plantillas de personal de Plana mayor, tropa y ganado.

26 » » Real orden (*D. O.* núm. 94) disponiendo que el Jefe y Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Farmacéutico mayor D. Eugenio Tocino Sánchez, en situación de excedente en la segunda Región, al Hospital de Cádiz; Farmacéutico primero D. Manuel Fontán Amat, excedente en la segunda Región, á igual situación en la tercera y en comisión al Hospital de Valencia, y Farmacéutico segundo D. Adriano Panadero Marugán, del Hospital de Málaga, á la Farmacia sucursal de Sevilla.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 94) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Marcial Martínez Capdevila, excedente y en comisión, Jefe de Sanidad Militar de Larache y Director del Hospital de aquella Plaza, á desempeñar los expresados destinos, en plaza de plantilla; D. Ramón Fiol y Jiménez, ascendido, del Hospital de Sevilla al mismo Establecimiento.

Médicos mayores: D. Antonio Horcada Mateo, ascendido, del Regimiento Lanceros del Rey, 1.º de Caballería, á situación de excedente en la quinta Región; D. Alfonso Feijóo y Casañas, del Hospital de Algeciras al Hospital de Alcazarquivir, como Director; D. Filiberto Cuadros y Ruizalday, excedente en la primera

Región, al Hospital de Arcila, como Director; D. José González Granda y Silva, excedente en la primera Región, al Hospital de Algeciras; D. Francisco Galnares Díaz, excedente en la segunda Región, al Hospital de Sevilla; D. Francisco Uguet y Lostao, excedente en la primera Región, al Hospital de Larache.

Médicos primeros: D. Braulio Reino y Soto, excedente y en comisión en el Hospital de Larache, al mismo en plaza de plantilla; D. Tomás López y Mata, excedente y en comisión en la Clínica de Alcazarquivir, al Hospital de Alcazarquivir en plaza de plantilla; D. Luis Fernández Valderrama, del Parque de Sanidad Militar, al Hospital de Arcila; D. Marianó Guerra Santarén, de la Dirección general de Cría Caballar y Remonta, al grupo de escuadrones de Caballería de Larache; D. Antonio Vallejo y Nájera, excedente y en comisión en la Ambulancia de montaña de Brigada de Larache, á la compañía mixta de Sanidad Militar de Larache en plaza de plantilla; don José Luis y Saavedra, del Hospital de Tarragona, al grupo de Artillería de montaña de Larache; D. Gustavo Martínez Manrique, del primer batallón del Regimiento Infantería de la Lealtad, 30, y en comisión en la Ambulancia expedicionaria de Melilla, 2, cesa en la expresada comisión, incorporándose á su destino de plantilla; don Joaquín de Benito Azorin, del primer batallón del Regimiento Infantería de Asia, 35, al Regimiento Lanceros del Rey, 1.º de Caballería; D. Baltasar Tomé y Ortiz, de eventualidades del servicio en la cuarta Región, al Regimiento Cazadores de Talavera, 15.º de Caballería; don Agustín Van-Baumberghen y Bardaji, del primer batallón del Regimiento Infantería de Burgos, 36, á la Dirección general de Cría Caballar y Remonta; D. Julio Villar y Madrueño, de eventualidades del servicio en la séptima Región, á eventualidades del servicio en Melilla; D. Cándido Soriano Catalán, del Batallón Cazadores de Estella, 14, á situación de excedente en Melilla y en comisión á la Ambulancia de montaña expedicionaria, 2; D. Antonio Lecha-Marzo, del primer batallón del Regimiento Infantería de Cantabria, 39, al Grupo mixto de

Ingenieros de Larache; D. José Carpintero y Rigo, del primer batallón del Regimiento Infantería de Alava, 56, á eventualidades del servicio en la cuarta Región; don Manuel Meléndez Castañeda, del Regimiento Cazadores de Tetuán, 17.º de Caballería, al primer batallón del Regimiento Infantería de Alava, 56; D. Leopoldo García Torices, del Colegio de Huérfanos de Santiago, al Parque de Sanidad Militar, y D. Aurelio Belsol y Oria, de eventualidades del servicio en Melilla, al Regimiento Cazadores de Tetuán, 17.º de Caballería.

Médicos segundos: D. Pascual Ibáñez Centenera, excedente y en comisión en la clínica de Arcila, á desempeñar el cargo de Secretario del Jefe de Sanidad Militar de la Comandancia general de Larache, en plantilla; D. Emiliano Rodríguez Marchena, excedente y en comisión en el Hospital de Larache, al mismo en plantilla; D. Pedro Zarco Bohórquez, excedente y en comisión en el Hospital de Larache, al mismo, en plantilla; D. Juan López Quellas, del tercer Batallón del regimiento Infantería de la Reina, 2, á la Comandancia de tropas de Intendencia de Larache; D. Hemenegildo Botana y Salgado, excedente y en comisión en la Ambulancia de montaña de Brigada de Larache, á la compañía mixta de Sanidad Militar de Larache; D. Martín Barreiro Alvarez, excedente y en comisión en eventualidades del servicio en Larache, á la compañía mixta de Sanidad Militar de Larache; D. Ramón Pellicer y Taboada, excedente y en comisión en el suprimido grupo montado de Artillería de Melilla, al regimiento Cazadores de Alcántara, 14.º de Caballería; D. Juan Altube y Fernández, excedente y en comisión en la Clínica de Alcazarquivir, al tercer Batallón del regimiento Infantería de la Reina, 2; D. Victoriano Peché y Blanco, del Fuerte de Alfonso XII (Plamplona), á la octava compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Pío Irigoyen Arruti, de la Ambulancia montada de la primera Región, al primer Regimiento de Zapadores; don Federico Altimiras y Mezquita, del Regimiento Cazadores de Alcántara, 14.º de Caballería, á la Ambulancia montada de la primera Región; D. Ernesto Hernán-

dez Ferre, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Asia, 55, á eventualidades del servicio en Canarias; D. Blas Hidalgo Sánchez, del tercer batallón del Regimiento Infantería de Extremadura, 15, al Fuerte de Alfonso XII (Pamplona); D. Antonio Hervías Alonso, de la primera sección mixta de la primera compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, á situación de excedente en Ceuta y en comisión á la asistencia de las tropas destacadas en Montenegro y á los indígenas de los aduarez próximos; D. Arturo Manrique Sanz, de la segunda sección de la sexta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, á situación de excedente en Melilla y en comisión á eventualidades del servicio en dicha Comandancia general; D. Luis López Ortiz, del segundo Batallón del regimiento Infantería de Valencia, 23, á la primera sección mixta de la primera compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar.

Médicos provisionales: D. José Luxán y Zabay, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Covadonga, 40, al Hospital de Madrid-Carabanchel; D. Luis Muñoz Antuñano; del Hospital de Madrid-Carabanchel, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Covadonga, 40; D. Antonio Martínez y García Quintana, del Batallón Cazadores de las Navas, 10, á eventualidades del servicio en la primera Región, continuando sirviendo en el expresado Cuerpo hasta la marcha del mismo á Marruecos; D. Antonio Hergueta Lavín, del segundo batallón del Regimiento Infantería de la Reina, 2, al Hospital de Burgos; D. Isidro Muñoz Crego, del Hospital de Burgos, al segundo batallón del Regimiento Infantería de la Reina, 2; D. Ramón Torra Bassols, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Alcántara, 58, al segundo del de Asia, 55; D. Antonio Bonora y Tejada, del Hospital de Gerona, al Batallón Cazadores de Estella, 14.
