

LOS BAÑOS-DUCHAS EN EL EJÉRCITO

La primera vez que yo visité á París, en 1901, ví en la *rue de Bretagne* una instalación de baños- duchas, que empezaba entonces á funcionar como vía de ensayo. La instalación era un resultado de la conferencia que Mr. Cazalet había dado en el Museo social á principios de aquel año, á la cual concurrieron los señores J. Faure, Brouardel y Cheysson E., entre otras muchas notables personalidades. Estos tres prestaron todo su apoyo á la idea, contribuyendo á su rápido desenvolvimiento.

El empleo del baño-ducha es hijo de la perseverancia de los Dres. Lassar, de Berlín, y Merry-Delabert, de Rouen. El Dr. Stern había montado ya un establecimiento para los baños- duchas en Francfort sur le Mein, y otro en Magdeburg, los cuales fueron tomados como puntos de mira para la conferencia de Mr. Cazalet. Á su vez, este último, convencido de la bondad de la idea, hizo funcionar, en el espacio de un año, 19 instalaciones hechas en el *Quai de la Monnai*, de Bordeaux. El número de instalaciones dice bastante en pro del sistema.

Lo más particular del caso es que el precio del baño-ducha no ha pasado de 15 céntimos, comprendiendo en ellos el jabón y la ropa. Por si esto fuera poco, bueno es saber que el capital invertido en las instalaciones (que no es muy grande) no se ha resentido de falta de remuneración, y lo que es más, espera un próximo reembolso total.

Me prometí visitar á Francfort al regreso de mi anterior viaje,

no pudiendo realizar mis deseos por causas ajenas á mi voluntad. Mas no desistí del empeño, y ahora, antes de llegar á Berlín, me he detenido en Lyon y Bordeaux, para cerciorarme del éxito de la empresa. Á ello me ha animado, aparte de otras consideraciones, la muy inteligente solicitud invertida por nuestro celoso Jefe del Ministerio de la Guerra en aquello que sea en positivo beneficio de la salud del ejército.

La historia de la Hidro-higiene es cuasi la misma que la de las civilizaciones. Las debris de las casas de Babilonia y Egipto, las salas de vaporización y gimnasio de los griegos, las termas de los romanos y, en una palabra, las modernas fórmulas de los Estados directores de nuestro tiempo, todas imbuyen en la masa la necesidad del baño. Mas no es esto de nuestra incumbencia. De los pueblos sólo nos interesan sus ejércitos, y á ellos voy á concretarme.

Yo no sé si los que pusieron el sitio á Troya tenían ó no particular afición al agua usada en baño. Pero en cuanto un imperio ha dejado escrito algo de sus costumbres, allí se encuentran datos más ó menos dispersos de las obligaciones de limpieza corporal que pesaban sobre sus soldados. En la memoria de todos está el precepto de los caudillos romanos, que hacían terminar los *ejercicios diarios de instrucción* del soldado con una inmersión en el Tíber. Mas reciente, la penúltima etapa de la Edad Moderna, nos enseña del mismo modo la atención puesta por el penúltimo General de la Historia sobre tan interesante cuestión. Y, finalmente, lo más reciente, aunque quizás lo más desconocido por su excesiva reserva, el ejército de Guillermo y de Molke sigue prestando toda su atención al problema de la limpieza de la piel, sin que en ninguno de los cuarteles (hablo por lo que me dicen los compañeros de aquí) falte sitio ni material para ejecutarla individualmente, una vez por semana al menos en invierno, y todos los días baños de inmersión en el verano. Estas tres épocas, si no para todos los ejércitos, para algunos al menos, son épocas de gloria. En toda la Edad Media, preocupada de la vida futura, olvidando la presente,

no hay ni un solo ejército, ni un solo caudillo. La suciedad hace nacer enfermedades desconocidas en la antigüedad, y compromete todas las acciones militares por el número considerable de bajas que experimentan constantemente. Para la menor lucha se necesitan grandes cantidades de hombres, á fin de reponer los enfermos. Á ello hay que agregar, además, el tiempo que los combatientes necesitaban para prepararse á la lucha y aun para poderla continuar.

Es, pues, indudable, que no se trata de una teoría científica, sino de un hecho positivo: la limpieza es salud. En uno de los cuarteles del bajo Rhin, Rudesheim, han podido comprobar los Haup-Mann más docilidad y más alegría en los soldados al reanudarse los baños- duchas, suspendidos temporalmente por defectos de maquinaria. Este hecho motivó aquella frase del Ministro de la Guerra: *La corrección obtenida por este medio en su cuerpo (1), pasa insensiblemente al lenguaje, para ir después al pensamiento y finalmente á las costumbres.* Y yo, por mi parte, supongo que la escasa morbilidad del ejército alemán no es debida á otra causa (después del cuadro de exenciones) que al empleo sistemático de los baños- duchas.

Ahora bien; nosotros, radicales cuasi siempre, estaríamos prontos á colocarnos entre la imposibilidad de practicar, por falta de material, y la necesidad de procurar al soldado la mayor resistencia, el mayor tono.

De este dilema no puede resultar más que el abandono de la idea ó la resolución de emplear el agua fría tal como sale de la cañería.

No hace falta que yo analice las consecuencias del empleo único del agua fría, porque todos los tenéis presentes en la memoria. Es preciso, pues, procurarse un aumento de temperatura de 15 á 20° sobre la ordinaria del agua, por término medio, á fin de llegar á la aspersión con temperaturas que no sean menores

(1) Con referencia al organismo de cada soldado.

de 25º, con las cuales se consigue una mediana excitación periférica, aumento de tensión sanguínea, con la consiguiente exageración eliminatoria de residuos por el riñón, y el aumento de potencial orgánico, aunque sea tan difícil de explicar como fácil de comprobar. Ni más ni menos que una inyección de agua esterilizada aumenta de momento la vitalidad de un neurasténico, y el simple sorbo de agua, sin aditamento alguno, despierta al organismo sumido en la lipotimia ó síncope.

Y al llegar aquí viene el pavoroso problema económico de España: no hay dinero. Que digan lo que quieran, le hay, aunque no hace falta para nada, bastando el ordinario presupuesto de Guerra. Veamos cómo: para calentar el agua hágase uso de la caldera Field, que es la mejor por lo que atañe á la economía en el consumo de carbón. El agua caliente de la caldera circula, en los establecimientos Lassar, de Berlín, por los distintos gabinetes (separados bastante unos de otros); pero en nuestros cuarteles, como la caldera puede emplazarse próxima al sitio destinado á hacer uso de la ducha, queda reducido el gasto de tubo á la más mínima expresión (1). El reservorio especial para la distribución del agua fría no es indispensable en los cuarteles que tienen su comunicación con las cañerías de la ciudad. Nos queda la pesa de aspersión y la espita ó llave para efectuar la mezcla del agua fría con la caliente en el momento preciso que se desee, y ninguno de estos dos objetos deja de estar al alcance de un soldado en cuanto al precio insignificante. Pongamos ahora 5 departamentos, y aun un departamento con 5 aparatos, y deduciendo lo que esto puede costar, tendremos que añadir al gasto de la caldera lo que cuesten los 20 metros cuadrados de betún armado ó de ladrillo recubierto, en todo caso pintadas las paredes internas con las pinturas tipo Ripolín. El blanco permite siempre ver la menor impureza y facilita una limpieza inmediata (2).

Cantidad de agua á emplear: 40 litros para un baño-ducha re-

(1) Y así lo han hecho en los cuarteles.

(2) El suelo de asfalto é inclinado.

gular y 80 litros para uno abundante, los cuales, por término medio, en una caldera de termodización instantánea por gas ó petróleo, no pasa de 4 céntimos el gasto que ocasionan, al que añadiremos el costo de la instalación.

Si el bañista paga el baño añadiendo un céntimo al gasto total hecho, queda remanente bastante, á poco que se haga uso de la instalación, para resarcirse del costo de compra y traslación de materiales. Y como yo creo que nadie da valor á una cosa mientras no la paga, es decir, mientras su posesión no exige esfuerzo, soy partidario de que el soldado pague los 5 céntimos que cuesta el uso. A la postre serían 20 al mes, y no durante todo el año, sin que llamase la atención, como no la llama ahora que se les cobre la comida. Y con sólo un adelanto de pequeñas cantidades por Guerra, tendríamos en todos los cuarteles, buenos ó malos, tales como sean y mientras no haya otros, aquéllo de que no carecen los modernos ejércitos de fuera de España, y que más adelante, si para ello soy autorizado, reproduciré fotográficamente para la REVISTA. Hoy podía incluir los clichés de la instalación Lassar, pero éstos son del público de Berlín, y á nosotros lo que nos interesa son los cuarteles, es decir, la guarnición.

C. NAVARRO VICENTE,

Médico primero.

Berlin, Abril 1908.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

La Sección de Medicina é Higiene militar y naval.

Como síntesis de la labor desarrollada por esta Sección, ofrecemos hoy un extracto de los trabajos presentados por los Médicos militares y los resultados prácticos que de estos trabajos pueden

esperarse. Los originales de congresistas españoles han ascendido á 23, que se pueden dividir en 3 grandes agrupaciones. Primera. Tuberculosis en los ejércitos. Segunda. Venéreo-sífilis. Tercera. Cirugía, Medicina é Higiene militar.

Tuberculosis.—Tema oficial, el primero en orden é importancia, según lo demuestran las 8 comunicaciones que acerca de él se han presentado y lo viva y animada que fué la discusión.

Desarrolló brillantemente el tema el ponente Sr. Trallero, y, acerca de esta complexa cuestión de la tuberculosis en los ejércitos, aportaron interesantísimos trabajos los Sres. González Deleito, Onsalo, Lázaro y Farreras.

La Mesa se hallaba aquí en grave perplejidad para dar forma á unas conclusiones que, abarcando el problema en su conjunto, pudieran ser votadas por españoles y extranjeros.

Y no es que no sepamos todos que la tuberculosis disminuiría, hasta desaparecer, en los ejércitos, poniendo en práctica una selección rigurosa en los reconocimientos de ingreso, una higiene perfecta durante el período de la vida militar y la eliminación rápida de filas de los enfermos, para llevarlos á hospitales especiales ó á sanatorios, sino que todo esto que se enuncia con poquísimas palabras representa modificaciones fundamentales, y para conseguir las cada país tiene que adoptar procedimientos diferentes, en los que también influirá el que se hayan verificado trabajos contra la tuberculosis, como sucede en Inglaterra, Estados Unidos, Alemania, etcétera, ó se esté en el período de preparación, como acontece entre nosotros.

Los trabajos de autores españoles no permitían sumarse para que se votara el resultado total, porque si Trallero y Onsalo desean la reforma del actual cuadro de exenciones, Deleito y Lázaro no lo creen de gran utilidad, llegando el primero á las afirmaciones, valientes, de que la tuberculosis no es evitable ni curable en los ejércitos. Las mismas diferencias existen en lo referente á la apreciación de los diámetros é índice torácico, ponderal, etc., para fundamento de exclusiones.

Por todas estas razones se leyeron las conclusiones referentes á la creación de Comisiones mixtas de Médicos militares y de la Armada que, estudiando en cada nación el problema de la tuberculosis en los ejércitos de mar y tierra, estén en comunicación constante, auxiliándose mutuamente en sus trabajos, centralizándose en la que se nombre en Madrid todo lo que á este particular se refiere.

Venéreo-sífilis.—Bajo este epígrafe se han leído 3 comunicaciones españolas, las que coinciden en considerar á este grupo de enfermedades como la peor desde el punto de vista económico. Desgraciadamente, á pesar de lo mucho que se ha trabajado para evitarlas, se consigue muy poco por relacionarse con un problema de higiene civil que no podemos modificar.

Las conclusiones de García Julián y Farreras así lo reconocen, y piden que se ilustre al soldado acerca de los peligros á que se expone, y que se cumplan los Reglamentos de higiene especial.

Cirugía, Medicina é Higiene.—Cuatro han sido los temas oficiales que trataban de estas interesantes cuestiones: el del Sr. Fernández Caro, acerca de la higiene de las tropas en la costa occidental de África; el del Sr. Redondo, sobre enfermerías de combate; el del Sr. Salinas, influencia de la vida militar en la producción de las psicosis, y el del Sr. Úbeda, ventajas de los medicamentos comprimidos en campaña.

El primero de ellos fué escuchado con grandísima atención, y los congresistas que pidieron después la palabra felicitaron al señor Fernández Caro, cuya reputación en materia de higiene está universalmente reconocida.

El escrito del Sr. Redondo es resultado de una dolorosa práctica, que con triste oportunidad ha venido á confirmar un reciente telegrama de Filipinas. Es necesario que acaben en los buques de guerra esas enfermerías improvisadas, invacuables y casi inaccesibles, que en el caso de que el barco es echado á pique arrastran á las profundidades del mar, en horrorosa agonía, á los desventurados heridos, que creían encontrarse en ellas á cubierto de mayores desdichas.

La Mesa así lo ha creído, y con aprobación y aplauso de todos, y en especial de los representantes extranjeros, se votó la reforma del deficiente estado actual de esta cuestión.

El trabajo del Sr. Salinas fué una extensa Memoria enormemente documentada, producida por la unión de la práctica y el estudio, cuyos fundamentos principales quedarán firmes, aunque se discutan algunos puntos etiológicos que dieron lugar á controversia breve, por la rapidez con que todo tenía que ir pasando en aquellas sesiones en que la angustiada premura presidía siempre. Y es lástima, porque tanto este trabajo del Sr. Salinas, como algunos otros, debían sus autores llevarlos á alguna Academia donde puedan ser discutidos ampliamente.

El tema desarrollado por el Sr. Úbeda, relativo al uso en campaña de los medicamentos comprimidos, fué escuchado con suma atención, porque encierra una importantísima mejora que todos los Médicos militares deseamos.

Después de estos temas se leyó por el Sr. Larra una comunicación que trata de los problemas higiénicos de la alimentación en las plazas sitiadas, acerca de cuyo trabajo se votaron dos conclusiones, relativa la primera á que en toda plaza fuerte existan instalaciones frigoríficas para la conservación indefinida de los víveres, y la segunda el que haya medios para el alumbramiento de las aguas del subsuelo.

El Sr. Mateo y Barcones dió lectura de un trabajo acerca de la necesidad de divulgar la higiene entre los soldados y marineros. Acompañaba á este escrito una cartilla que cae dentro de las recomendadas para venéreo-sífilis.

El Sr. Ledesma dió lectura de una historia clínica referente á una resección subperióstica completa del cúbito, que terminó por la curación y el restablecimiento funcional del miembro, la que fué oída con singular agrado.

Acerca de la vacunación y revacunación en el ejército discurrió el Sr. Alabern, exponiendo con envidiable claridad el estado actual de este importantísimo asunto, tanto en lo que se refiere á

vacunación de las tropas cuanto á la técnica de conservación y pureza del virus. El Sr. Muñoz expuso el estado de esta cuestión en Marina, en la que casi se ha desterrado la viruela. La Mesa no propuso conclusión alguna, porque considera que con los Reglamentos actuales están garantidas suficientemente la salud del soldado y marinero en lo que se refiere á esta enfermedad.

El Sr. Reig y Gascó leyó una Memoria, en la que demostró que la repatriación es la única fuente de salud en las guerras coloniales. Cuyo escrito, una vez que se publique, será de gran utilidad para los Médicos de la Armada que ejercen en la costa occidental de África.

Por ausencia del Sr. Pérez Ortiz leyó el Secretario las conclusiones de una Memoria impresa, que trata de la curación aséptica en las distintas formaciones sanitarias en combate, las que dieron lugar á que intervinieran el Sr. Gómez Flório, que dió cuenta de cómo se está haciendo entre nosotros este material, que á toda costa se trata de que llegue perfectamente aséptico á manos de los que hayan de utilizarle en todos los escalones sanitarios. Se mostró conforme con algunas conclusiones del Sr. Pérez Ortiz.

Aunque este punto fué bastante discutido, la Mesa no propuso votación alguna, porque sobre la necesidad de tener un material de curaciones aséptico no hay más criterio que el afirmativo.

El Sr. Sánchez Silvera trató un punto muy importante de higiene naval, que se refiere á la de los buques mercantes (que no llevan personal sanitario), y acerca de la que se ha hecho muy poco.

El trabajo de dicho señor fué muy aplaudido, y la Mesa, teniendo en cuenta que en este particular debe llevarse á la práctica alguna medida que garantice la condición higiénica de los buques mercantes, presentó una conclusión, que fué votada, y por la que, de aceptarla el Gobierno, sufrirán dichos buques una visita de inspección que entenderá y dispondrá lo conveniente.

El Sr. Sáez leyó una nota clínica relativa á un caso de enfermedad de Addison, y presentó al enfermo completamente curado. Las consideraciones que expuso el autor fueron muy interesantes.

Las curaciones sin dolor en las heridas y procesos supurativos, constituyó el tema que desarrolló el Sr. Bellver, exponiendo las ideas que tiene acerca de estos particulares y las razones en que las fundamenta.

Y por último, el Sr. Sánchez Fernández leyó una interesantísima comunicación relativa al «Modo de disminuir la mortalidad en el ejército», que fué oída con sumo gusto, tanto por los valiosos datos que encierra acerca de la mortalidad comparada de los ejércitos, cuanto por los planes radicales que el autor propone.

Esto es, en resumen, el trabajo que en la 14.^a Sección han hecho los Médicos militares españoles.

Los extranjeros presentaron 22 comunicaciones, de las cuales nos ocuparemos más adelante con la extensión que por su importancia se merezcan.



Prensa y Sociedades médicas

La ineficacia relativa de los cacodilatos en la terapéutica.—
T. R. Fraser: Después de haber dado una ojeada crítica á las investigaciones más recientes sobre el valor terapéutico de los cacodilatos y de haber expuesto los resultados positivos obtenidos por varios autores que han experimentado estos compuestos en diversas enfermedades, en las que generalmente se administra el arsénico como buen medio de tratamiento; después de haber indicado también los últimos trabajos de Dalché, de Anelli, de Rocax, de Gallois, de Ewart, de Burlureaux, de Bormans, de Reynar y de Gautier, citando las opiniones favorables al uso de los cacodilatos, el orador, fundándose en consideraciones químicas y clínicas, afirma que la utilidad de estos compuestos en medicina es bastante limitada. Se ha afirmado que los cacodilatos son preferentes á los demás compuestos arsenicales porque, aunque bastante ricos en arsénico, son substancias inertes, y por esto pueden introducirse á dosis elevada sin producir efectos tóxicos; pero si este raciocinio es exacto con respecto al valor tóxico, debe serlo *à priori* relativamente á la acción terapéutica, que es debida al arsénico mismo. El orador ha experimentado clínicamente estos medicamentos y ha observado que en numerosos casos de corea, de eczema, de leucocitemia, de ane-

mia, los efectos obtenidos eran mucho menos satisfactorios que los que en los mismos individuos podían obtenerse empleando los preparados arsenicales ordinarios (ácido arsenioso, arseniatos alcalinos, etc.), no obstante de que repetidas veces y con varios intervalos había administrado por la boca y por la vía subcutánea dosis bastante abundantes de cacodilato. En cambio, el uso del cacodilato de hierro en casos de anemia ha dado buenos resultados, pero no mejores que los que se obtienen con otros preparados de hierro. De esto se deduce que mientras el ácido cacodílico y sus sales son casi inactivas, tanto como substancias tóxicas cuanto como substancias terapéuticas, sin embargo, cuando algunas bases están unidas á este ácido, pueden ejercer en el organismo su especial propiedad curativa. Estos resultados tienen su demostración en las propiedades químicas del ácido cacodílico y de sus sales; en efecto, los cacodilatos no dan las reacciones características del arsénico, mientras que, en cambio, se obtienen fácilmente las reacciones de las bases; por ejemplo: un cacodilato no da la conocida reacción con el nitrato de plata ó con el sulfato de zinc, mientras que el cacodilato de hierro da todas las reacciones ordinarias de los compuestos ferrosos. De esto debe deducirse que estas sales atraviesan el organismo sin disociarse; y Fraser, para dilucidar esta cuestión, ha examinado la orina de numerosos enfermos sometidos al tratamiento cacodílico, y ha encontrado que mientras el ácido arsenioso disuelto en la orina cede arsénico si se trata por el procedimiento de Marsh, sin que sea necesaria una oxidación preliminar, el ácido cacodílico no reacciona en la orina sino después de un prolongado y laborioso proceso de oxidación. Deduce de esto que cuando una sal de ácido cacodílico se administra á un individuo, es absorbida y eliminada con el arsénico que contiene, el cual, sin embargo, está tan íntimamente combinado que no puede disociarse en el organismo, y por esto no puede producir los efectos bien conocidos que tienen en terapéutica los demás compuestos arsenicales. Es cierto que de esta manera podrá introducirse en el organismo una enorme cantidad de arsénico, pero no es menos exacto que esa substancia permanece completamente inactiva. Además de esto, el orador ha observado ciertos inconvenientes en el tratamiento cocodílico por la boca, y principalmente trastornos del aparato digestivo: náuseas, vómitos, diarrea, que se han manifestado antes de llegar á las dosis máximas. Estos trastornos no se producen con el empleo de la vía cutánea; pero ésta, sin embargo, no puede continuarse tan largo tiempo como por otras preparaciones arsenicales; el olor aliáceo del ácido cacodílico muchas veces es intolerable para los enfermos, pero estos inconvenientes son de menor cuantía en comparación con lo que, según el orador, resulta que los compuestos de ácido cacodílico están muy lejos de producir los efectos terapéuticos del arsénico.

(*Soc. Méd. Quir. de Edimburgo*).

*
**

Tratamiento por el oxígeno del envenenamiento por el óxido de carbono.—Los Profesores italianos Haldane y Mosso han demostrado, no hace mucho, que si se coloca un animal intoxicado por el óxido de carbono en una atmósfera de oxígeno bajo presión, este animal podía resistir á la acción del veneno, que poco á poco se elimina á favor del tratamiento.

Estos hechos han conducido á Mr. Grehant á investigar si, bajo la presión normal, el oxígeno era susceptible de producir efectos análogos. Sus experiencias versaron sobre dos puntos.

1.º Sobre la diferencia de acción de mezclas de aire y de oxígeno conteniendo 1 por 100 de óxido de carbono.

2.º Sobre las diferencias en cuanto al tiempo para eliminar ó hacer desaparecer el óxido de carbono de la sangre de un animal envenenado, según que se haga respirar á este animal el aire puro ó el oxígeno después del envenenamiento.

Estas investigaciones ofrecieron los resultados más concluyentes. Indicaron de la manera más terminante que si se hace respirar á un animal intoxicado por el óxido de carbono y amenazado de muerte, oxígeno á 90 por 100, al cabo de una media hora la eliminación del óxido de carbono es casi completa; mientras que si se le deja respirar al aire libre, á las tres horas queda todavía en la sangre una proporción importante de óxido de carbono, casi cuatro veces mayor que la subsistente después de respirar oxígeno una hora.

La conclusión práctica de estas experiencias es, pues, que la eliminación y desaparición del veneno es notablemente acelerada por la respiración del oxígeno puro, cuyo empleo se impone en el tratamiento de la intoxicación por el óxido de carbono.

(*L'Année Scientifique*).

*
*
*

Fisiología patológica del vértigo.—El Dr. Rudolf Panse dió acerca del vértigo una conferencia muy interesante en el último Congreso de naturalistas alemanes.

Con el nombre de vértigo—dice el autor—entiendo una percepción errónea de nuestras relaciones con el espacio. En circunstancias normales sabemos la actitud en que nos hallamos y los movimientos que hacemos con nuestro cuerpo ó con una parte del mismo. Las percepciones erróneas se aprecian como modificaciones en la actitud de nuestro cuerpo, ó bien se refieren á los objetos que nos rodean y que nos parece que se acercan ó alejan de nosotros, que descienden ó que giran.

Tres vías sensoriales nos informan, por lo general de un modo inconsciente, acerca de las relaciones en que se halla nuestro cuerpo con el espacio: primera, la vista; segunda, las sensaciones cinestéticas, y tercera, el aparato vestibular. Para apreciar por medio de la vista la distancia á que se hallan los objetos, intervienen: primero, la acomodación del cristalino; segundo, la conver-

gencia de los globos oculares, y tercero, la dirección de los ojos y los impulsos de inervación que requieren estos movimientos. Las excitaciones que ocasionan la dilatación ó el estrechamiento de la pupila, las parálisis de los músculos oculares, que no dejan que el impulso inervador vaya seguido de su efecto acostumbrado, y las contracciones reflejas de los ojos, falsean las impresiones visuales y determinan el vértigo ocular si no intervienen los demás sentidos para rectificar el error. La segunda vía nerviosa es la que conduce las sensaciones procedentes de la piel, de los músculos y de las vísceras. La tercera es la del nervio vestibular. Este nervio es excitado por toda presión enérgica que ejerzan los otolitos sobre las células vibrátiles del utrículo y del sáculo en los movimientos ordinarios, y también por la inflexión que experimentan las pestañas auditivas de las ampollas en los movimientos giratorios. Un movimiento giratorio muy continuado, un ruido muy intenso y las excitaciones que parten del conducto auditivo y de la caja del tambor, provocan el vértigo, y como expresión visible del mismo el tambaleo y el nistagmus, puesto que el nervio vestibular no posee ningún arco reflejo descendente, sino que influye en los de las otras dos vías nerviosas.

Las impresiones erróneas que afluyen al cerebelo por una de las tres vías nerviosas son causa de idea falsa cuando una de dichas impresiones es tan intensa que no puede ser rectificadas por las otras dos; en relación con dicha idea, el cuerpo adopta su aptitud y los ojos su dirección. Así, por ejemplo, si por virtud de una presión ejercida en una fistula del conducto semicircular externo del lado izquierdo se produce la idea de que el espacio gira á la izquierda ó el cuerpo á la derecha, se presentan un nistagmus horizontal con contracción hacia la derecha ó movimientos lentos hacia la izquierda, y el cuerpo es arrojado hacia la derecha. No es que los movimientos sean atáxicos, sino que se realizan en armonía con la idea falsa que tiene el sujeto del puesto que ocupa en el espacio. Sólo por el hecho de que el cuerpo se coloca en el puesto que corresponde á dicha idea falsa y de que el cerebro en el acto reconoce como falsa dicha posición y trata de rectificarla, es por lo que se presenta el tambaleo de los beodos, ó sea la llamada ataxia cerebelosa.

Las excitaciones que son demasiado débiles para poder provocar el vértigo ó sus signos objetivos, la vacilación y el nistagmus, pueden ser exageradas: primero, por la misma vía: movimiento giratorio, existiendo ya un ligero vértigo vestibular; dirigir la mirada muy hacia fuera, existiendo ya un vértigo ocular; apoyarse en un solo pie, existiendo ya un vértigo cinestésico; segundo, por la adición de un excitante procedente de otra vía nerviosa, verbigracia, en los casos de vértigo vestibular ponerse en pie con los pies juntos, dirigir la mirada muy hacia fuera; tercero, por la exclusión de otras vías rectificadas, verbigracia, cerrando los ojos en los casos de tabes ó de vértigo vestibular.

Todas estas consideraciones se pueden utilizar para el diagnóstico del modo siguiente:

Si se puede excluir una vía nerviosa sin que por ello aumente el vértigo, es señal de que dicha vía es inútil, de que está paralizada. Si con la exclusión mencionada mejora el vértigo, es señal de que dicha vía es el asiento de la lesión. Si, por el contrario, con la exclusión de una vía nerviosa se acentúa el vértigo, es señal de que la vía mencionada es necesaria para rectificar la sensación anormal.

El refuerzo de la excitación no contribuye á esclarecer el diagnóstico local.

(Klinisch. therap. Wochenschr).

*
*
*

Cloruro de metilo. Chanero blando.—Resulta de los hechos observados por Brandweiler en la clínica del Profesor Newman, de Viena, que la congelación del chanero blando por medio de vaporizaciones de cloruro de metilo ó de etilo da resultados muy satisfactorios. Se procede de la manera siguiente:

Después de haber preparado la superficie del chanero, previamente lavada con bicloruro de hidrargirio, se dirige sobre ella, durante tres ó cinco minutos, un chorro de cloruro, teniendo cuidado de mantener la ampolla á una distancia de 20 centímetros. Cuando la congelación es completa, y mientras la superficie ulcerada está todavía cubierta por una capa nívosa, se espolvorea el chanero con iodoformo y se recubre con un vendaje ordinario.

Esas vaporizaciones se repiten dos ó tres veces por día. Bajo su influencia el chanero, en cuatro ó cinco días, se deterge, cambia de aspecto y se transforma en una ulceración de buena naturaleza, cuya cicatrización se hace rápidamente de una manera normal.

Ese resultado favorable ha sido obtenido 33 veces sobre 40 enfermos sometidos al tratamiento.

(La Sem. Méd. de Buenos Aires).

*
*
*

Fisiología de los leucocitos.—Stassano y Billon publican los resultados de sus investigaciones sobre la fisiología de los leucocitos. Recklinghausen ha demostrado que la diapedesis de los leucocitos se verifica con especial actividad al través de la membrana mucosa del intestino, y Stassano, últimamente, que esta diapedesis constituye uno de los principales medios de que se vale el organismo para librarse de sustancias nocivas ó inútiles. El bicloruro de hidrargirio, por ejemplo, cuando se introduce en el torrente circulatorio, se elimina del organismo principalmente por intermedio de estas células, las que igualmente se ocupan de librarlo del hierro cuando se le ha introducido en el cuerpo por inyección intravenosa de sacarato de hierro, lo que es fácil comprobar empleando como reactivo el ferrocianuro de potasio.

Muchos hechos parecen demostrar igualmente que los leucocí-

tos son los agentes por medio de los cuales se lleva á cabo la eliminación por ciertas glándulas. Así, por ejemplo, los leucocitos constituyen el vehículo único del iodo contenido en la sangre normal, lo que permite suponer que el iodo que se encuentra normalmente en la leche combinado con las nucleínas es llevado á las glándulas mamarias por los leucocitos.

Otras substancias, tales como el mercurio, arsénico, estrocinina y morfina, se encuentran en las distintas secreciones, lo mismo que en las excreciones, en estado de compuestos nucleínicos.

Las cantidades decrecientes de mercurio que pasan al intestino después de atravesar el duodeno, muestran que la actividad del proceso de la diapedesis de leucocitos es de rapidez variable comparada en las distintas regiones del tubo digestivo.

El Profesor Pawlow y el Dr. Schépowalnikow han demostrado que un agente que favorece la digestión triptica, que existe en el jugo intestinal, y al que han dado el nombre de entero-kinase, disminuye también en cantidad ó actividad del duodeno hacia abajo, faltando completamente en el intestino grueso. Este paralelismo, unido á la circunstancia señalada por Delezenne de que las maceraciones de leucocitos contienen un principio análogo al entero-kinase, ha llevado á Stassano y Billon á emprender una serie de investigaciones con el objeto de determinar si la actividad del jugo entérico no depende, parcialmente al menos, de los leucocitos que se mueven continuamente y en grandes cantidades en la membrana mucosa del intestino. A fin de comprobar este punto han aumentado el aflujo de leucocitos desde los vasos á la membrana mediante la inyección subcutánea de bicloruro de mercurio ó de sacarato de hierro, y han comparado la actividad ó poder kinásico de los nucleo-albuminatos extraídos de la mucosa intestinal, en que se ha producido así una fuerte leucocitosis con los extractos obtenidos de la mucosa normal.

El resultado de las comparaciones hechas repetidas veces en condiciones favorables, fué que las nucleo-kinasas de los perros mercurializados y tratados con sacarato de hierro eran evidentemente más activas que las del perro normal.

De acuerdo con estas conclusiones han hallado que los extractos intestinales, cuando la digestión está en su acmé y la diapedesis de leucocitos es más activa, poseían mayor poder que el extracto de mucosa de animales en ayunas.

Creen, por lo tanto, que los leucocitos ofrecen, entre las numerosas formas de células de los tejidos, el mejor y más característico ejemplo de digestión intracelular; su participación en el proceso de digestión extracelular, como lo han demostrado las observaciones de Delezenne y las de ellos mismos, poseen, á su juicio, una importancia biológica especial.

(Acad. de Scien. de París).

Esplenectomía. Curación.—El Dr. D. *Antonio Bravo*: Para que los Cirujanos y los Médicos se penetren bien de cómo quedan los enfermos á quienes se ha extirpado el bazo, presenta un muchacho de catorce años, al que le practicó esa operación por esplenomegalia idiopática.

Al reconocerle apreció un tumor situado en el hipocondrio izquierdo, que llegaba cerca de la línea media, de borde cortante y festoneado; el paciente, anémico, era hijo de padres sanos; desde los siete años notó que se le abultaba el vientre, demacrándose. Había tenido dos graves epistaxis, y no pudo encontrar nada en el hígado, aparato circulatorio, ni en la orina; en la sangre sólo existía alguna hipoglobulia, sin leucemia; no han sufrido paludismo ni sífilis él ni sus padres. Temiendo á la esplenectomía, le sometió á los arsenicales, sales de quinina, ioduro de hierro, sábana fría, y baños sulfurosos por si se trataba de una esplenomegalia palúdica; pero en vista de que empeoraba, repitiendo las epistaxis, aumentando la inapetencia, el dolor y la anemia, se decidió á operar.

Cloroformizado el enfermo, le hizo una incisión media, porque como el órgano llegaba casi á la línea umbilical creía así ligar mejor el pedículo. Encontró adherencias que fijaban el bazo al peritoneo parietal y al tramo intestinal; buscó el pedículo é hizo ligadura provisional, porque en algunos casos no se puede terminar la operación; con cuidado, y entre dos pinzas, desprendió las adherencias, haciendo ligadura en cadeneta, ligando asimismo los vasos esplénicos. Al desprender las adherencias del diafragma se produjo ligero shock, que pasó con inyecciones de caféina y de suero; con las inyecciones de morfina y las inhalaciones de vinagre siguió sin vómitos; posteriormente se produjo un flemón en un brazo á consecuencia de una inyección, acompañándose de fiebre alta, hasta que con fomentos calientes se resolvió. Dos ó tres puntos se infectaron, y á pesar de todo no tuvo ningún accidente. A los veinte ó treinta días iba desapareciendo la hipoglobulia, sin que existiese, entonces ni después, cirrosis hepática ni infartos ganglionares.

Anatomopatológicamente existía hipertrofia considerable, que cree idiopática. Podemos conceptuar que en esta forma la extirpación no tiene consecuencias fatales, siendo la nutrición perfecta. Es esto interesante, porque las estadísticas no son muy numerosas ni muy bien delimitadas.

Respecto á contraindicaciones, si bien los Cirujanos deben tener en cuenta el estado general, no cree tenga éste tanta importancia como el local, particularmente las adherencias, porque enfermos muy anemiados y extenuados se han repuesto bien; existen en ocasiones tales adherencias, que su desprendimiento acarrea shock ó hemorragias mortales.

Hace cuatro años tuvo otro enfermo con tales adherencias, sobre todo diafragmáticas, y tal hemorragia en sábana y shock, que cerró sin extirpar el bazo, no habiendo hecho otra cosa que des-

truir algunas de las adherencias más ligeras. Después de esta intervención los dolores desaparecieron y disminuyó el volumen del bazo. Leyendo lo que Verchère y Jonesco dicen, piensa que si, en lugar de limitarse á esto, será posible ligar la arteria y la vena esplénicas, produciéndose algo de atrofia y aliviándose los enfermos de este modo, sin someterles á la operación curativa.

El Dr. *Guedea*: La intervención por afectos médicos del bazo es moderna, no hallándose aún acabado el estudio de sus indicaciones y contraindicaciones. Ha tenido varios casos, habiendo intervenido en algunos de ellos. En 1900 vió una enferma con esplenomegalia, que calificó de palúdica por no encontrar otra causa, residir en país palúdico y haber padecido fiebres así calificadas. Jonesco, Nanneti y Michalowsky publicaron trabajos en los que se da poca importancia á estas intervenciones; en las practicadas por el primero disminuye mucho la mortalidad en relación con la que existía cuando la asepsia operatoria no se cuidaba como ahora; en las del último, de 15 ó 16 operaciones, de las que alguna lo fué por traumatismo, no hubo más que un muerto. Quedando estos individuos sin una víscera única, en condiciones normales, pensó que acaso pudiera darse un avance en tales intervenciones.

A Jonesco le sirvió para establecer indicaciones y contraindicaciones el examen de los glóbulos de la sangre y el estudio del coeficiente urotóxico. Se ha observado que todos los enfermos leucémicos operados murieron, y que siendo acentuada la toxicidad urinaria antes de la operación, se modifica después, viéndolo él confirmado en su caso, en que había 1 por 490 glóbulos blancos y rojos respectivamente. La enferma estaba bien nutrida y en buenas condiciones. Al operar hay dos tiempos verdaderamente delicados: uno es el de la separación del ligamento freno-esplénico, aunque esté normal, pues en ocasiones se ha perforado el diafragma y la pleura; otro es la ligadura del hilio en los vasos hipertroficados, pues éstos no abocan pediculados, sino diseminados por la cara cóncava del bazo, y si no ceden se rasgan, sobre todo los venosos, como sucedió en esta enferma. No tuvo complicación ninguna post-operatoria: ligera fiebre, algún fenómeno catarral, que cita porque, según Jonesco, mueren algunos operados por broncopneumonía; curando la herida por primera intención. El coeficiente urotóxico no se pudo apreciar por deficiencias del material existente en la Facultad de Medicina de Madrid. La proporción de glóbulos sanguíneos descendió á 1 por 100 á los ocho días, haciéndose leucocitémica, aumentando luego los rojos, siendo igual el número de unos y otros al cabo de diez y ocho á veinte días.

Se sometió á la paciente á la alimentación con grasas, dándola hasta 90 gramos al día, no notándose anormalidad en su digestión. De regreso á su pueblo, padeció á los seis meses de operada, y por algún tiempo, alguna otra alteración febril.

La leucocitemia y la caquexia contraindican la intervención, así como el gran volumen del órgano; éste, en el caso á que se refiere,

pesó 3.000 gramos, habiéndose extirpado de 5.000; también la contraindicán las adherencias extraordinarias. Recuerda un enfermo al que, por el gran volumen del bazo y por su fijeza, le disuadió de la operación, habiéndosele presentado recientemente una enferma análoga.

Se han utilizado tres recursos quirúrgicos fundamentales: la exoesplenopexia, de la que se citan algunas curaciones, entre ellas una del Dr. Ribera; la laparotomía, que en ocasiones determina disminución del volumen del bazo, y la ligadura de los vasos aferentes y eferentes para producir la atrofia. Esto origina graves contratiempos: se han de aislar casi por completo para poder practicar ligaduras sucesivas, y la separación de las adherencias á que tal maniobra obliga es causa de hemorragias y de desgarros del parénquima, constituyendo peligros semejantes á los de la extirpación completa; esto coloca, además, al bazo en condiciones peligrosas para la infección. La ligadura, propuesta por Jonesco, no se ha realizado en el hombre, y los perros han sucumbido todos, si no recuerda mal.

Estimá que hay mucho terreno por explorar en lo referente á cirugía del bazo.

El Dr. *Mazo* (D. Enrique): El año de 1893 ó 94, el Dr. Ribera practicó una extirpación de bazo; la enferma había sido palúdica; se apreció aumento de leucocitos, y se la operó: á los tres ó cuatro días empezó á subir la cifra de estos glóbulos, y al levantarse de la cama para defecar cayó al suelo, muriendo por hemorragia. Hizo la autopsia el Dr. *Escribano*, encontrando todos los vasos, que se habían ligado en block, con coágulos; se decía si la leucemia determina hemorragias sin lesión vascular, pero como esto no se sabe con fijeza se pregunta ahora si se dejaría algún vaso sin ligar. Llevaba entonces aquel Cirujano practicadas tres extirpaciones, las tres en palúdicos, y las tres terminadas por muerte.

El Dr. *Bravo* (D. A.): Ha empezado por conceptuar la esplenectomía como una operación muy grave; por esto tuvo al enfermo sometido á medios médicos cerca de un año, operándole al fin porque le parecía la esplenomegalia idiopática y porque el sujeto no era leucémico; el bazo, por su parte inferior, cedía algo, lo que le hacía suponer que las adherencias eran relativamente benignas. Ha traído el caso, más que nada, para que se aprecie que el enfermo se nutre y que la hipoglobulia es transitoria, creyendo que el enfermo que sale curado queda bien curado.

Ya habló de un enfermo en el que no terminó la operación por la hemorragia que se presentaba, mejorándose el paciente. El doctor *Guedea* reconoce que es ésta una operación grave; en la esplenomegalia palúdica ha visto á un compañero operar, siguiendo la fiebre un mes después; en la leucemia la intervención está siempre contraindicada.

(*Acad. Méd.-Quir. Española*).

*
* *

Bronquitis agudas de la infancia.—*Indicaciones patogénicas y clínicas.*—La bronquitis aguda, tan frecuente en los niños, además de las influencias de las estaciones y de los climas, es producida por diferentes microorganismos que infectan el árbol respiratorio, bien por enfermedades como la coqueluche, la grippe, etc., ó bien por infección de las partes altas del aparato, como corizas, laringitis, etc.

La primera indicación debe llenarse con una rigurosa desinfección de las primeras vías, puesto que la causa primordial es el sinnúmero de bacterias que anidan en la boca y la nariz, indicación que debe subsistir aunque la bronquitis superficial esté ya declarada, con objeto de prevenir la propagación en forma de bronquitis difusa y bronco-neumonía.

La secreción bronquial se activa por violentos accesos de tos que al propio tiempo congestiona la mucosa, haciendo necesario modificar las secreciones y calmar aquélla.

Si la inflamación tiende á extenderse á un lóbulo pulmonar, debemos actuar rápidamente con derivación y revulsión, y completamos las indicaciones con el sostenimiento de las fuerzas del enfermito y vigilando el buen funcionalismo del tubo digestivo.

Tratamiento curativo.—*Desinfección de las primeras vías.*—Tratándose de la forma *superficial* ó de la *profunda difusa*, se recurre á las instilaciones, mañana y tarde, de la fórmula

Aceite de vaselina esterilizado.	100	gramos.
Mentol.	1	»
M.		

Instílese en cada nariz una cucharadita pequeña.

Cuando el enfermito es dócil, pueden hacerse lavados repetidos de la boca con agua bórica al 4 por 100, substituyéndolos en caso contrario por pulverizaciones; esta desinfección nos pone á cubierto de infección secundaria y sobre todo de la bronquitis.

Obraremos sobre la tos y las secreciones administrando un vomitivo que desobstruye los bronquios y apacigua la tos.

Jarabe de ipecacuana.....	30	gramos.
Polvos de ipecacuana.....	0'30	»
M.		

Una cucharada pequeña de diez en diez minutos, y cuando se produzca el vómito dése á beber agua tibia.

Desaparecidos los vómitos nos dirigiremos á calmar la tos y facilitar la expectoración, prescribiendo:

Óxido blando de antimonio.....	0'30	gramos.
Jarabe de codeína.....	30'11	»
Look blanco..... c. s. para	120	»
M. s. a. para tomar á cucharadas.		

Si la bronquitis es de forma difusa, y según la edad del niño, aún puede estar indicado el vomitivo, si la congestión bronquial es muy intensa á causa de la tos y las mucosidades, debemos usar medicamentos vaso-constrictores.

Ergotina.....	0'75 gramos.
Jarabe de ipecacuana.	30 »
Look blanco..... c. s. para	175 »
M. s. a.	

A cucharadas cada hora, respetando el sueño.

Derivativos y revulsivos.—En las bronquitis ligeras, superficiales, son inútiles; en todo caso podremos hacer una embrocación de tintura de iodo; en las bronquitis profundas, en las que la tendencia congestiva es muy manifiesta, deben abrigarse las extremidades inferiores con unos zapatos enguatados y recubiertos de tafetán engomado, y el pecho debe forrarse de una capa de algodón, obteniendo de esta manera una revulsión cutánea enérgica y una sudación activa. Este método es suficiente y no hay necesidad de recurrir á las ventosas secas ni cataplasmas sinapizadas, que deben reservarse para los casos graves.

Otro de los medios con que contamos es la hidroterapia: el baño es el mejor revulsivo y el mejor derivativo, siempre que la temperatura llegue ó pase de 39°. Se colocará al niño durante diez minutos en un baño de 35° á 37°, dándole á beber leche caliente ó un poco de coñac y agua.

Sostenimiento de fuerzas y lucha contra la infección general.—Las tisanas calientes, la leche en abundancia, y el *champagne* con un poco de agua.

En los niños pequeños la obstrucción de los bronquios, por lo capilar del árbol aéreo, trae muy pronto consigo la fatiga del corazón, debiendo vigilarse dicho órgano y administrar los excitantes difusibles, tales como el acetato amónico. El alcohol á dosis pequeñas, los baños calientes, los medicamentos vaso-constrictores que antes hemos señalado, contribuirán, por otra parte, á tonificar el músculo cardíaco.

En los recién nacidos, sin que se trate de una bronco-neumonía, y sólo por el hecho de la bronquitis difusa, puede debilitarse el corazón, en cuyo caso debemos practicar las inyecciones de aceite alcanforado (un centímetro cúbico, tres veces al día) ó inhalaciones de oxígeno; en estos enfermos debe tenerse muy presente que la bronquitis difusa, sobre todo la de la forma congestiva, tiene toda la importancia y gravedad de la bronco-neumonía, y sólo con una terapéutica enérgica podremos vencer todas las dificultades.

(*Echo méd. du Nord.*)

Nuevo método de administración del aceite de chaulmoogra.—

El Dr. *H. Danlos*: Tengo actualmente en San Luis un enfermo de lepra anestésica con intolerancia gástrica para el aceite de chaulmoogra. Como éste es casi el único medicamento que da algunos resultados en la lepra, he tenido que buscar otro modo de administración capaz de asegurar á la vez la tolerancia y el empleo de dosis verdaderamente activas. No queriéndole administrar en inyecciones hipodérmicas por temor á las embolias pulmonares, accidente que observé hace diez años en una leprosa á quien administré el medicamento por dicha vía, pensé en la vía rectal, que da muy buenos resultados para administrar la creosota en los casos de intolerancia gástrica. Estos enemas, empleados ya en número de 12, parece que son muy bien soportados; se les prepara simplemente mezclando en caliente 75 cc. de leche y 12 cc. del aceite; batiendo la mezcla con un tenedor se consigue muy bien la emulsión. Se administra el enema después de una deposición y se procura que el enfermo esté echado dos ó tres horas; después no se nota ninguna sensación dolorosa, el enema es retenido y las deposiciones examinadas al día siguiente parecen indicar que la absorción ha sido completa, puesto que su aspecto es normal, sin apariencia de leche ni de grasa.

(*Soc. de Therap. de Paris*).

*
**

La pelagra y los venenos de las mucédineas.—De los experimentos que ha hecho el Dr. Di Pietro en el Instituto Higiénico de Roma, parece deducirse que la causa de la pelagra no es otra que el uso del maíz averiado. Di Pietro halló en la mucédinea que le cubre el cuerpo del delito: se trata de una subespecie de *penicillium glaucum*, que se caracteriza por el color verde de sus cultivos en la época de la maduración. El veneno del hongo radica en las esporas; el micelio es inofensivo. El principio tóxico de las esporas es soluble en el alcohol y en el éter, resiste al calor y produce igual efecto que las mismas esporas. En los animales se observan fenómenos agudos de intoxicación: vómitos, diarreas, postración, disnea, paresias, etc. El autor hizo en sí mismo un ensayo que dió los mismos resultados, siendo de notar que los trastornos se fueron amortiguando muy poco á poco después de terminado el experimento.

Un dato que parece demostrar que el hongo de las esporas de la mucédinea es el causante real de la pelagra, nos lo proporciona el hecho de que la inyección previa de algunos centímetros cúbicos de suero de un pelagroso curado, preserva de la intoxicación á un conejillo de Indias, y, en cambio, el suero humano común no es capaz de producir semejante efecto preventivo.

(*Revue Scientifique*).

*
**

Hernia inguinal extrangulada.—El Dr. Vázquez Elena publica esta curiosa observación:

En 25 de Noviembre del pasado año se presentó en el hospital central, donde presto servicio de guardia, José Vargas Díaz, de cuarenta y ocho años, natural de Villamanrique, con una hernia extrangulada. Dijo que el día 22 de dicho mes sintió un dolor de vientre, y que sin darse cuenta de la causa que lo producía hizo una deposición, que no le alivió, y entonces, quitándose el braguero que contenía su hernia desde hacía dos años, vió que en la región inguinal izquierda había aparecido un tumor. Hizo una nueva deposición, que tampoco le alivió nada, y empezaron los vómitos biliosos que ya no cesaron hasta después de operado.

El día 23 por la mañana el Médico del pueblo intentó la taxis, sin conseguir resultado alguno: quedó en volver por la tarde, después de ordenar la aplicación de 5 sanguijuelas en la región inguinal izquierda y semicupios calientes. Por la tarde practicó, según cuenta el paciente, otra sesión de taxis más prolongada que la de la mañana, sin que esta vez fuera más afortunado que en la anterior, así como tampoco obtuvo resultados en las dos sesiones que practicó el día 24, después de un baño general caliente y de bastante duración, proponiendo en la última al paciente el viaje á Sevilla para que le practicaran la operación como último recurso, lo que aquél verificó, como ya hemos dicho, el día 25, ingresando en el hospital á las cuatro de la tarde.

Puesta al descubierto la región inguinal, notamos: en el lado izquierdo un abultamiento del tamaño de una naranja, duro, macizo á la percusión y extremadamente doloroso. No ha hecho ninguna deposición desde el día 23, en que, después de unos enemas hizo una en pequeña cantidad; no expulsa gases y vomita. Hé aquí un cuadro que no deja lugar á dudas respecto al diagnóstico, hernia extrangulada, ni en cuanto al tratamiento que debía seguirse. Hacía tres días que el intestino estaba ocluído: había que restablecer inmediatamente su permeabilidad. ¿Podríamos obtener dicho resultado con la taxis? No; porque el Médico de su pueblo no lo pudo conseguir, y yo no me comprometía á practicarla después de tres días de extrangulación y habiéndose hecho prolongadas sesiones anteriores, que me hacían desconfiar de la integridad del asa herniada. No quedaba otro recurso que la quelotomía, practicada inmediatamente, con la que se podía examinar el estado del intestino y obrar según las lesiones que en él existieran.

Esta fué también la opinión del Médico segundo de Sanidad Militar D. Francisco Sanjuán, que me acompañaba.

Propuesta la operación al paciente, fué aceptada, y en el acto preparado el instrumental y todo lo demás necesario.

Afeitada y enjabonada la región, y después de lavada con alcohol, éter y sublimado, se empezó la anestesia por el cloroformo, sin que ocurriese accidente alguno. Una vez completa ésta y vuelta á lavar la parte afecta con el sublimado al 2 por 1.000, fué circuns-

crita por compresas de gasa esterilizada. Practiqué una incisión en la piel, de 8 centímetros, paralela al arco crural, diámetro mayor del tumor herniario, incindiendo capa por capa hasta llegar al saco, que aislé por completo. Incindido éste, dió salida á un líquido serosanguinolento obscuro, y nos encontramos con un asa intestinal negruzca y de un aspecto alarmante en cuanto á su vitalidad. Con un bisturí botonado desbridé el anillo que comprimía fuertemente el intestino, y entonces, tirando del asa, pude inspeccionarla en toda su extensión. Su estado no podía ser más desconsolador: una serie de placas grisáceas, blandujas y desprovistas de serosa en toda la extensión del asa contenida en el saco se presentaba á la vista, y por si esto no era bastante, los surcos de constricción del anillo estaban desprovistos de serosa y ulcerada la capa muscular, de un color negro grisáceo; parecía próxima á perforarse. Era imposible reducir el intestino en aquel estado, pues esto equivalía á la sentencia de muerte del individuo. ¿Formaríamos un ano contranatural que exigiese nueva intervención posterior si el enfermo sobrevivía, ó haríamos una enterectomía seguida de enterorrafia circular, ya que no tenía á mi disposición el botón de Murphy ni ningún otro anastomótico?

Estas dos ideas se me vinieron á la mente al examinar el intestino, y, de común acuerdo con el Sr. Sanjuán, me decidí por esto último, pues el enfermo se había conservado con un pulso relativamente bueno y parecía que podría soportar la sutura, sin exponerlo á la necesidad de nueva intervención si sobrevivía á la primera.

Después de lavado el intestino con agua boricada caliente, lo que en nada hizo variar la situación, incidí una cuña de mesenterio, cuya base correspondía exactamente á la porción de intestino que iba á reseca, que era de unos 14 centímetros. Después de rodearla con una serie de ligaduras encadenadas para evitar pérdidas sanguíneas, rechacé á los lados el contenido del intestino, y verificada la coprostasia por los dedos de un ayudante, fué seccionado aquél á 2 centímetros de la parte gangrenada. Procedí á la sutura empezando en la parte posterior y superior del corte: un punto por encima, sero-muscular, para restablecer la continuidad. Una vez reunido practiqué otro punto por encima, de adosamiento seroseroso, á lo Lembert, terminando con la reunión de los bordes mesentéricos. Todas estas suturas fueron practicadas con catgut del número 0.

Cerciorado, por el paso del contenido del intestino de un lado al otro de la sutura, que la continuidad estaba restablecida, y de que no había punto alguno que diese sangre ni estuviese mal adaptado, se lavó nuevamente con el agua boricada caliente y se redujo al interior de la cavidad abdominal.

Ligué el cuello del saco con catgut grueso, y después de resecado éste hice una sutura, á punto por encima, con seda, del anillo, y terminé la operación, después de lavar la herida exterior con agua sublimada y espolvorearla con iodoformo, con una sutura entrecor-

tada, también con seda, de la piel; cubriéndola con su apósito algodónado y una doble espica.

Llevado el enfermo á la cama número 4 de la sala de San Cayetano, quedó con un pulso pequeño y las extremidades frías, por lo que le dispuse inyecciones de cafeína y aceite alcanforado, alternando cada tres horas, hasta que reaccionase el pulso, calentadores, apósito de nieve al vientre para evitar la peritonitis que pudiera sobrevenir, extracto acuoso de opio—una píldora de un centígramo cada dos horas, para inmovilizar el intestino—y dieta absoluta.

La noche que siguió á la operación la pasó el operado tranquilo, sin que sobreviniera accidente alguno y reaccionando bien, pues el pulso se desenvolvió por completo, suspendiéndole las inyecciones. Por la mañana del día 26 lo vió conmigo D. Manuel Panizo, encargado de la sala de San Cayetano, donde como hemos dicho había quedado; tenía 36°,8 de temperatura y 74 pulsaciones por minuto; el vientre estaba deprimido y nada doloroso; acusaba sed, y se le ordenó tomara algunos terroncitos de hielo, y siguiendo por lo demás el mismo plan del día anterior. Por la tarde vuelvo á verlo y continúa en igual estado, siendo la misma la temperatura é igual el número de pulsaciones.

El día 27 por la mañana, temperatura 36°,9, igual las pulsaciones, el vientre bien, no hay meteorismo alguno, no ha expulsado gases; se le da el extracto tebaico (un centígramo cada cuatro horas). Por la tarde, bien. El 28 por la mañana no aqueja dolor en el vientre, que sigue deprimido, la temperatura y pulso normales; se le ordena una taza de caldo cada tres horas.

El 29 continúa bien y se le descansa del opio, quitándole también el apósito de nieve, y advirtiéndole se le retire lentamente en las veinticuatro horas. Al medio día se obtiene la primera deposición después de operado, y por la noche, al verlo, me dice que ha vomitado y conserva en la escupidera un vómito bilioso; no hay ya náuseas, el vientre está flojo, no hay dolor. Le ordeno nieve al interior.

El 30 por la mañana ha ascendido la temperatura á 37°,5, ha vuelto á vomitar, acusa dolor pungitivo en la herida. Se le levanta el apósito, y después de cortados los puntos de sutura vacía una colección purulenta.

La observación de los días posteriores no tiene importancia, pues todo se reduce á la cicatrización de la herida por segunda intención, saliendo el enfermo de alta, curado, el 15 de Diciembre, á los veinte días de la operación.

(*Rev. Méd. de Sevilla*).

SECCION PROFESIONAL

UNIFORMIDAD

«Circular.—Excmo. Sr.: Con el objeto de unificar las diferentes disposiciones y prácticas establecidas acerca de los casos en que debe llevarse el sable ó la espada de ceñir, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver que tanto los Generales como los Jefes y Oficiales y sus asimilados de los Cuerpos que reglamentariamente tienen una y otra arma, observen respecto del particular lo que sigue:

1.º Los Oficiales Generales usarán la espada de ceñir con traje de diario y para los actos que no sean del servicio de armas ni presentaciones en colectividad, pues en estos casos, como para todo servicio á caballo y además, siempre que vistan de gala, llevarán el sable.

2.º Los Jefes y Oficiales sólo podrán usar la espada de ceñir ó espadín cuando lleven la gorra, y esto no siendo para actos del servicio de armas, en los cuales, y también siempre que vistan de ros, chacó ó casco, llevarán precisamente el sable.

Quando los Generales, Jefes y Oficiales monten á caballo, en actos que no sean del servicio y con gorra, podrán ir sin armas.

3.º Los Jefes y Oficiales de Administración Militar, Sanidad Militar y demás Cuerpos auxiliares, usarán el sable para campaña, marchas y maniobras y todo servicio á caballo, y la espada de ceñir en los demás casos; pudiendo llevar el espadín, los que lo tengan, ateniéndose para ello á lo dispuesto anteriormente.

La Oficialidad de Administración y Sanidad Militar, con mando de tropas de dichos Cuerpos, se ajustará en un todo á lo prevenido en la regla segunda.

4.º Para los actos de recepción oficial en el Real Palacio no se llevará bastón de mando; el sable irá descolgado, cogido con la mano izquierda por el primer tercio y el brazo caído en toda su extensión, de modo que el arma quede con la inclinación que resulte naturalmente y con la contera hacia atrás. El ros ó prenda de cabeza equivalente se tendrá entonces en la mano derecha, en la forma reglamentaria.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Mayo de 1903.—Linares.—Señor.....»

NECROLOGÍA

Don Juan Rodríguez y Hernández.—Nació en Madrid el día 23 de Junio de 1853, y se graduó de Licenciado en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en 28 de Octubre de 1872.

Por Real orden de 12 de Noviembre de 1873 ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de Médico segundo, siendo destinado al ejército del Norte. Sirvió después en el hospital de Logroño, batallón provisional de Ávila y Academia de Infantería, quedando en situación de reemplazo en Abril de 1880.

En Agosto de 1881 se encargó de la asistencia del personal de reemplazo en Madrid, y posteriormente sirvió en la Academia general militar, Escuela de Tiro de Toledo, Prisiones militares de Madrid, Sección de escribientes y ordenanzas del Ministerio de la Guerra, é Inspecciones de Artillería é Ingenieros.

Por Real orden de 2 de Septiembre de 1897 fué destinado al distrito de Filipinas, llegando á Manila el 5 de Diciembre siguiente, sirviendo en el hospital militar de dicha plaza. Regresó á la Península, por enfermo, en Abril de 1898; permaneció de reemplazo hasta Junio de 1900, y en esta fecha pasó á prestar sus servicios al hospital militar de Madrid-Carabanchel.

Falleció en esta Corte el 29 de Marzo último, á consecuencia de una afección cardíaca.

Alcanzó el empleo efectivo de Médico primero en 28 de Abril de 1880, y el de Médico mayor en 11 de Julio de 1895. Por gracia especial se le concedió el grado de Médico primero en 16 de Agosto de 1876.

Estaba en posesión de las cruces blanca y roja de primera clase del Mérito Militar.

¡Descanse en paz nuestro malogrado compañero, á cuya familia enviamos nuestro más sentido pésame!

*
* *

Don Angel Malo y Martinez.—Había nacido el día 7 de Septiembre de 1853 en Torreperogil (Jaén), y se había Licenciado en Medicina en la Universidad Central el 27 de Junio de 1876.

Previa oposición fué nombrado Oficial médico alumno en 22 de Noviembre de 1877, é ingresó definitivamente en el Cuerpo, con el empleo de Médico segundo, por Real orden de 4 de Julio de 1878, siendo destinado al regimiento de Castilla, y posteriormente á los de España y Tetuán.

En Agosto de 1895 marchó con su Cuerpo á la isla de Cuba, pasando después al hospital militar de Colón, y regresando á la Península, por enfermo, en Julio de 1897. Permaneció en las situaciones de reemplazo por enfermo y excedente hasta Septiembre de 1902, que fué destinado á la Remonta de Córdoba, en cuya plaza falleció el día 11 de Abril último á consecuencia de un ataque de asistolia.

Fué promovido á Médico primero en 27 de Julio de 1891, y á Médico mayor en 14 de Diciembre de 1896.

Estaba en posesión de la cruz blanca de primera clase del Mérito Militar, de otra roja de la misma clase y orden y de la cruz de primera clase de María Cristina.

¡Descanse en paz nuestro antiguo amigo y compañero!



VARIEDADES

El Dr. Ph. M. Blumenthal, de Moscou (Milnikoff, 4), invita á sus compañeros para que le remitan todos los documentos concernientes á la lucha antituberculosa en los diferentes Estados de Europa y América,

destinando estos documentos á la próxima *Exposición Pirogoff* y al segundo volumen de su Memoria acerca de «La lucha social antituberculosa en los países civilizados de Europa y América», así como á la segunda edición del primer volumen de dicha Memoria.

*
*
*

Hemos recibido los primeros cuadernos de la **GUÍA-RESUMEN DE LEGISLACIÓN MILITAR Y SANITARIA EN PARTICULAR**, que está publicando el Médico mayor *D. Antonio Moncada y Alvarez*. El vacío que viene á llenar esta obra, condensando el cúmulo de disposiciones oficiales que interesan conocer á la generalidad, y el trabajo perseverante que representa, hacen doblemente meritoria la labor del Sr. Moncada, á quien deseamos un feliz éxito en su empresa.

La obra constará, próximamente, de 10 cuadernos de 96 páginas, al precio de *dos pesetas cuaderno*, de los que se publicarán tres mensualmente. Cuando termine de editarse nos ocuparemos con más detenimiento del libro del Sr. Moncada.

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

La uremia, por el *Dr. D. José Codina Castellvi*. Trabajo laureado con el premio Alvarez Alcalá por la Real Academia de Medicina en el concurso de 1900 á 1901, y precedido de un prólogo del *Dr. D. Juan Manuel Mariani*. — Madrid. Imprenta y librería de Nicolás Moya, Carretas, 8, y Garcilaso, 6. 1903. (Dos ejemplares).

Tratado teórico práctico de Medicina legal y toxicología, por el *Dr. D. Pedro Mata*. — Sexta edición, corregida, reformada, puesta al nivel de los conocimientos modernos y arreglada á la legislación vigente por *Eduardo Lozano Caparrós* y *Adriano Alonso Martínez*, Médicos forenses de Madrid. — Tomo III. Medicina legal. — Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliére é hijos, plaza de Santa Ana, 10.

Boletín de la Academia nacional de Lima. — Publicación eventual. — Lima. Enero de 1903.

La higiene y la mortalidad en Málaga. — Discurso leído en la sesión celebrada por la Sociedad malagueña de Ciencias físicas y naturales, el día 5 de Febrero último por *Francisco Rivera Valentín*, Director del Laboratorio municipal. — Málaga. 1903.

Datos históricos acerca de la vacuna en España. — Leyes y decretos contra la viruela. Vacunación obligatoria. — Publicaciones de la Dirección general de Sanidad. Serie legislativa. Volumen V. — Madrid. 1903. (Dos ejemplares).

Cartera de bolsillo para el Médico militar. — Autorizada su publicación por Real orden de 1.º de Mayo de 1902. Por *Luis Cuveiro*, Médico segundo. — Valladolid. 1903. (Dos ejemplares).

Cartilla higiénica de las madres, por *D. Rafael Ulecia y Cardona*. — Segunda tirada. — Madrid. 1903.