

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II || Madrid, 15 de Septiembre de 1912. || Núm. 18.

SUMARIO

Datos recogidos por el examen de las fosas nasales de 1.426 cráneos, por el Dr. A. Ramírez Santaló.—*La IX Conferencia Internacional de la Cruz Roja en Washington (conclusión)*, por J. Potous.—*Terapéutica de las heridas: aplicaciones del suero antistreptocócico*, por Federico Gil Acebedo.—*De la importancia del análisis rápido de jugo gástrico en las afecciones del estómago é intestino*, por L. Serrada.—*Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona = Variedades = Prensa médico-farmacéutica: Un remedio contra la artritis úrica.*—El contagio de la tifoidea.—La sangre de los radiólogos.—Sobre el neo-salvarsán.—La biología de la pulga de las ratas, y su papel en la peste.—Patogenia de la ña incarnada.—El pronóstico vital de la retinitis brihgtica.—Medidas prácticas contra el cólera.—*Prensa militar profesional: Morbilidad por tuberculosis en el Ejército.*—El oído y la detonación en los artilleros.—Clasificación de los enfermos y heridos en campaña.—La Sanidad Militar en los Estados Unidos.—*Bibliografía: Estado actual de la cuestión del radio en terapéutica*, por el Dr. S. Velázquez de Castro.—*Sección oficial.*

SUPLEMENTO.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

Datos recogidos por el examen de las fosas nasales de 1.426 cráneos⁽¹⁾

Permitidme dedicar un recuerdo á la memoria del sabio maestro, cuya muerte reciente llora la ciencia, y que conocíamos con el nombre de D. Federico. De sobra conocidas las extraordinarias virtudes de Olóriz, no he de mencionarlas; pero entre ellas era de las mayores su amor por la enseñanza, por el que dispensaba gran benevolencia á todo proyecto de trabajo; y al anunciarle mis deseos de estudiar los temporales de los cráneos del Laboratorio de antropología, creado por su iniciativa, tuvo palabras de aliento para mi empresa, proporcionándome cuantos elementos me eran necesarios.

Comencé mi tarea con entusiasmo, justificado por el número de huesos temporales disponibles, cerca de 4.000, y del resultado de esta investigación me ocuparé en un trabajo próximo; pero no tardé en observar particularidades interesantes en las fosas nasa-

(1) Comunicaci6n presentada á la Sociedad Oto-rino-laringol6gica de Madrid.

les, que me decidieron á recoger cuantos datos creí de importancia, que son los que tengo el honor de exponer en esta sesión.

Ofendería la ilustración de mis distinguidos compañeros al señalar la importancia que reviste el estudio realizado, ya que todos conocemos los trastornos de índole diversa, generalmente los que se refieren á la respiración nasal, que acarrean las alteraciones de las fosas nasales, aumentando el interés de mi comunicación la elevada cifra de cráneos examinados.

A más de ser poco considerables las diferencias que hemos apreciado en la forma y tamaño de las aberturas anteriores de las fosas nasales, en ningún caso han sido lo bastante acentuadas para decidirme á realizar medidas, y este dato nuestro coincide con el juicio de los autores al afirmar que rara vez son asiento de una oclusión congénita de naturaleza ósea, siendo los tejidos blandos los que acarrean en ocasiones atresias que tienen el carácter de adquiridas para la inmensa mayoría.

Es sin duda alguna el tabique nasal, tanto por la frecuencia de sus alteraciones como por la resonancia inmediata que tienen, la parte más importante de la región y que exige mayor espacio. Mencionaremos algunas de las cifras que señalan los libros, respecto á la frecuencia con que dicha parte se presenta modificada, que Makenzie hace subir, fundándose en 2.152 cráneos, á la enorme proporción de 77 por 100, y Zukerkandl, en 370 cráneos, encuentra poco más de la mitad, con asimetría del tabique óseo, que es al que nos referimos.

Por nuestra parte, y de los 1.426 cráneos que hemos examinado, son de hombre 632, con 268 tabiques asimétricos, que da una proporción de 42,40 por 100. Pertenecen al sexo femenino 483, con el tabique modificado en 133, que arroja un promedio de 27,10 por 100, y sin determinar el sexo 311, con 129 alteraciones del tabique y proporción de 41,47 por 100, cifra que nos lleva á suponer sean de hombre.

El número de tabiques anómalos es verdaderamente alarmante aun en nuestra colección, pues no há de olvidarse la no escasa frecuencia con que la parte cartilaginosa de aquél, y por causas de todos sabidas, toma parte en las desviaciones con independencia del marco óseo, y que en todos los casos en que éste se modifica ha de ofrecerse aquella porción con mayores desviaciones, por corresponder á una curva de radio mayor.

Tan exacto es lo que exponemos, que en el vivo puede afirmarse no hay un tabique nasal simétrico, confirmando casi en toda su extensión tan importante aserto la cifra que señalan para estos casos distintos autores, que alcanza, según Heyman, al 96 por 100 de sujetos, al 83 según Sendniat, 84 para Jurasz y 95 para Simanowski. Respecto al lado afectado, todos convienen lo es el derecho más frecuentemente en los dos sexos.

Es indudable ofrece un gran interés, desde el punto de vista del tratamiento, la forma de la alteración, y por ello no dudamos en mencionarlas; y para la más fácil demostración, acompañamos esquemas representando una sección vértico-horizontal de la fosa nasal de cada uno de los tipos que hemos observado.

La desviación preponderante en una proporción considerable, 468 de las 530 observadas, es la convexa de radio variable, lo que origina desde una alteración apenas apreciable C, muy abierta (esquema I) hasta la prominencia, que representa una semiesfera (número II).

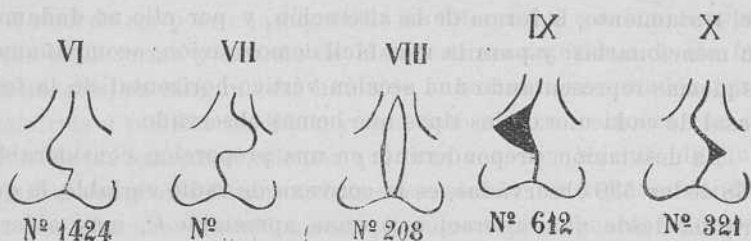
La forma sigmoidea la hemos visto treinta y una vez; de ellas, veinticuatro son verticales y siete horizontales (núm. III). La que podemos llamar en bayoneta existe en veintidós cráneos (IV), y sólo en cinco la que semeja el signo de la llave (V).



Muy escasas, sólo cuatro, afectan la modificación la forma de ese guarismo (VI), existiendo sólo un tabique con la disposición de doble S (VII), y un aspecto muy interesante en forma de huso, y estrechando considerablemente ambas fosas nasales, es la del esquema núm. VIII.

La inmensa mayoría de las desviaciones asientan en la mitad anterior del tabique, entrando en la constitución de la anomalía en 508 casos el vómer y el etmoides, y en ocho estaba formada por el primer hueso.

De las anomalías que acompañan frecuentemente las desviaciones, denominadas espinas, espolones, crestas y engrosamientos, son las crestas las que ofrecen mayor importancia, tanto por su número considerable, como por la mayor extensión que ocupan y más acentuada estenosis que producen; las hemos observado, coexistiendo con las primeras 159 veces, con asiento en la convexidad en todos (IX), y (X) excepto en ocho cráneos, que las presen-

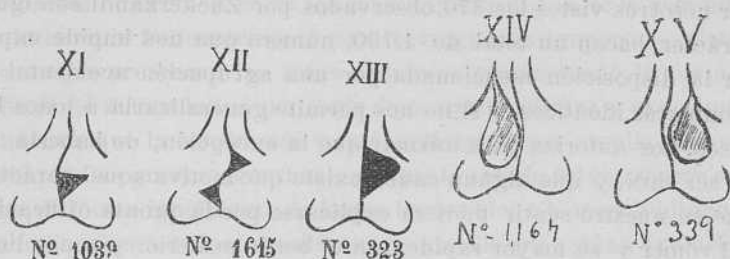


taban en la cara cóncava (XI). Un ejemplar muy curioso de espina doble lo ofrece el tabique que reproducimos (XII). Pero también se observan estas excrecencias en tabiques absolutamente rectos, y con un desarrollo tan considerable en algún caso, que ocluye la fosa nasal correspondiente (XIII).

Creemos ofrecen escaso interés, dado lo limitado de sus oscilaciones, las dimensiones que tiene el tabique, que da una cifra media de 4 á 5 centímetros en el hombre para el diámetro vertical, que es algo menor en la mujer, é iguales dimensiones tiene el antero-posterior al nivel del suelo, y de 6 á 6 $\frac{1}{2}$ este mismo en la parte superior, consecuencia de la disposición que afecta el borde posterior del vómer.

Existe otra clase de alteración, indudablemente frecuente y de extraordinaria importancia, porque origina las estenosis más graduadas, pero que no se puede determinar con exactitud su número, dado el que muy á menudo se presentan las partes sobre que recae incompletas por su extrema fragilidad; nos referimos á la hipertrofia de los cornetes. En la mayor parte de los casos se presentan, en efecto, muy deteriorados, lo que impide conocer el desarrollo que tenían; pero son muchos los cráneos en que se observan con un tamaño considerable (XIV y XV); y si recordamos la gran cantidad de tejidos blandos que los cubren y la naturaleza vascular de los mismos, comprenderemos el papel tan extraordinario que

juegan en la obstrucción nasal, hecho del que á diario nos suministra su demostración la clínica.



Merecedores por su importancia de un detenido estudio son los orificios posteriores de las fosas nasales, ya que sus modificaciones, por ligeras que sean, acarrear trastornos de importancia (1). La altura media de los mismos varía en los dos sexos, correspondiendo la máxima al hombre con 33 mm. y la mínima á la mujer con 19 mm.; la anchura máxima en el hombre es de 16,5 mm. y la mínima en la mujer de 10,5 mm.; siendo en el hombre de 27,1 mm. la medida del diámetro vertical y de 25,2 en la mujer, y el diámetro horizontal para el primero de 13,6 mm. y para la segunda de 13,4, y esta menor diferencia con relación á la altura da por resultado que el diámetro horizontal de ambas aberturas en la mujer sea mayor que el vertical casi siempre. En trece cráneos hemos comprobado la asimetría vertical de los dos orificios, siendo en diez de 1 ó 2 mm., en dos de 3 mm., y una sola vez de 4 mm., lo que señalaba una desigualdad notable.

Pero el detalle que solicitaba nuestra atención á medida que realizábamos exámenes de calaveras, y que al terminarlos estimulaba grandemente nuestra curiosidad científica, era la disposición del borde posterior del vómer, constantemente situado en la línea media, y ello, junto á la igualdad de ambas porciones verticales de los palatinos, produce una simetría absoluta de las dos aberturas posteriores en su diámetro horizontal. Siendo tanto más de sorprender la mencionada disposición, por cuanto observábamos,

(1) Otra razón que aumenta el interés del estudio de aquellos orificios es la de constituir la sola parte del cráneo que puede dar idea de la capacidad pulmonar, porque son exclusivos á la respiración, ya que los anteriores están también destinados á la olfacción, y acaso por la razón expuesta excitan relaciones de desarrollo entre ellos y el antro.

como hemos mencionado, la frecuencia con que aquel hueso toma parte en las desviaciones del tabique. Y si sumamos á los cráneos por nosotros vistos los 370 observados por Zuckerkandl con igual carácter, hacen un total de 1.790, número que nos impide explicar la disposición mencionada por una agrupación accidental de ejemplares idénticos, y si no nos permite generalizarla á todos los casos, nos autoriza para afirmar que la excepción, de haberla, ha de ser rara, y que alguna causa existe que motiva aquel carácter, que en nuestro sentir pudiera explicarse por la pronta osificación del vómer y su mayor rapidez en el borde posterior y zonas limítrofes. Aquella colocación del borde posterior del hueso dicho no asegura la simetría de las coanas en el vivo, en el que se ofrecen diferentes á la exploración clínica, á veces por efecto de alteraciones de las partes blandas, ó de las óseas del suelo ó bordes.

Dada la variabilidad que ofrecen en sus dimensiones los orificios de que venimos hablando, nos ocurrió pensar si guardarían relación con alguna medida del cráneo, cuya previa demostración nos permitiera deducir el tamaño de aquéllos, y con tal objeto hemos investigado si podrían tenerla con el diámetro antero-posterior máximo, convenciéndonos bien pronto de la falta de fundamento de nuestra suposición, toda vez que el cráneo señalado con el núm. 535, que es el que lo tiene mayor, ya que alcanza á 208 milímetros, ofrece los orificios nasales posteriores con un diámetro vertical y horizontal de 27 mm. y 12,5 mm., respectivamente, inferiores á la cifra media que hemos apuntado, y también al que presenta el anotado con el núm. 599, que tiene un diámetro antero-posterior de 164 mm., y de 30 y 15 para el vertical y horizontal de las aberturas posteriores. Igual falta de relación existe entre las dimensiones de esas aberturas y la máxima transversa de la calavera. Desechado el proceder expuesto para conocer el desarrollo de los repetidos orificios, nos dedicamos á averiguar si el índice cefálico pudiera ser el guía que nos condujera al conocimiento que buscábamos, demostrándonos la investigación que realizamos que no existe dependencia alguna entre ambos caracteres, ya que dos cráneos dolicocefalos de igual índice, 75 dan para los dos diámetros de las coanas: uno, 28 y 15 mm., y el otro, 25 y 13 mm.; y el cráneo de menor índice de aquella clase, 62, presenta dimensiones muy aproximadas á las señaladas, y, lo que es más discordante, idénticas á las de un cráneo braquicefalo

con índice, 86, que da para las dos medidas 23 y 15 milímetros.

No son escasas las enseñanzas que se desprenden de cuanto acabamos de decir, y es de las más importantes la de la necesidad de intervenir frecuentemente para corregir las numerosas alteraciones que presentan las fosas nasales, restableciendo la permeabilidad de ambos lados, por estar demostrado, clínica y experimentalmente, que la respiración nasal unilateral, por amplia que sea, no impide las graves perturbaciones que la atresia del congénere acarrea; dedúcese igualmente de lo que hemos dicho, lo muy limitado de las indicaciones de los procederes operatorios que actúan exclusivamente sobre la porción cartilaginosa del tabique, como el de Hajek, el de Ash y sus derivados, por la frecuencia con que toma parte en las desviaciones la porción ósea del mismo; y recordando cierta clase de alteraciones, las que afectan la forma de bayoneta, por ejemplo, nos convenceremos de que no en todos los casos es posible practicar para la corrección de las desviaciones los diversos procederes de resección submucosa (Krieg, Killiam, etc.), ni aun los más expeditos de incisión bilateral de *Ssrebuy*, *Koenigstein* y *Klemper*, sin ocasionar una lesión de la misma con la perforación permanente del tabique, que es su consecuencia.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

LA IX CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA

EN WASHINGTON

(CONCLUSIÓN)

II

El fondo internacional denominado de María Feodorovna, está destinado á premiar las invenciones propias para mejorar la suerte de los heridos en campaña, y se adjudica por un Jurado internacional, presidido por el delegado ruso, Profesor de Wreden, y del cual formó parte esta vez nuestro representante, el Sr. Riaño.

Los trabajos admisibles para optar al premio tenían que corresponder á uno de los grupos siguientes:

Organización de los métodos de evacuación de los heridos desde el campo de batalla, con la mayor economía de camilleros.

Lavabos portátiles.

Empaquetados de curas para los puestos de socorro y ambulancias.

Camillas de ruedas.

Camillas á lomo de mulo.

Camilla plegable de fácil transporte.

Transporte de heridos entre los buques de guerra y los hospitales flotantes ó terrestres.

Calefacción de los vagones, independiente de la locomotora.

Modelo de aparato Röntgen, portátil, que permita la utilización de los rayos X sobre el campo de batalla y en los puestos de socorro.

Los premios acordados eran: Uno primero de 6.000 rublos, dos segundos de 3.000 y seis terceros de 1.000; además se han concedido 24 menciones honoríficas.

El primer premio se ha concedido al Dr. Lesage, Jefe del Laboratorio de Electroterapia y Radioterapia del Hospital Necker, de París, por su «Laboratorio automóvil de radiología».

Los dos segundos: uno á M. G. Steindorf, alemán, por la adaptación de una bicicleta como camilla con ruedas improvisadas; el otro al Mayor Riggenbach, suízo, por una camilla con ruedas, adaptable á diversos medios de transporte.

De los seis terceros, dos los han obtenido dos Médicos militares norteamericanos, por un lavabo transportable á lomo y por una camilla plegable; uno, á un Médico militar austriaco, por un equipo sanitario de montaña; otros dos, por camillas plegables, á uno ruso y otro alemán, y el restante á varios Médicos de la Armada italiana, en colaboración, por un sistema de transporte de heridos á bordo, adoptado oficialmente en su país.

Las menciones honoríficas han sido concedidas á Médicos ó fabricantes norteamericanos, franceses, austriacos, alemanes, ingleses, italianos y japoneses, casi todos por modelos de camillas ó planes de evacuación; sólo dos por aparatos radiográficos y uno por empaquetado y preparación de curas para puestos de socorro.

El número de Memorias ú objetos presentados al Concurso fué

de 153; de ellos, 67 de los Estados Unidos, 27 de Alemania, 20 de Inglaterra y 13 de Francia; de otras naciones muy pocos, y de España, ninguno, á pesar de que algún compañero de Cuerpo tuvo el pensamiento de hacerlo, y no lo llevó á cabo, por lo visto.

El criterio del Jurado, según él mismo explica en su informe, fué de preferir los objetos construídos y dispuestos para el uso, á los modelos en escala reducida, y entre unos y otros, los que por su solidez, resistencia á la humedad y á los golpes, sencillez de manejo y transporte, economía, etc., eran más á propósito para la guerra; condiciones que descuidan muchos inventores, que demuestran ingenio, pero desconocen las exigencias de la realidad. En materia de escritos, no han podido tomarse en cuenta sino los posteriores al último Concurso.

Los diplomas de honor fueron conferidos á la Cruz Roja norteamericana y al Mayor Lynch, infatigable y desinteresado organizador de la Exposición y del Congreso.

III

Aparte de los objetos y trabajos presentados al Concurso de premios del fondo internacional de María Feodorovna, la Cruz Roja americana organizó una Exposición internacional de la Cruz Roja, á la cual han concurrido diversos comités y particulares.

De todas las naciones, Alemania ha sido la mejor representada en esta Exposición, pues además del Hospital Doecker (ya premiado en el anterior Concurso de Londres) y otros objetos presentados por industriales ó Médicos, ha expuesto el material y organización de diez y seis *columnas sanitarias voluntarias*, de las que existen en los principales Estados y ciudades del Imperio, y que son un gran auxilio para la Sanidad Militar. Estas *columnas* celebran frecuentes Exposiciones y ejercicios, y mantienen entre sí una emulación muy saludable. En su material de camillas, carruajes, adaptación de vagones, etc., figuran inventos que han merecido premios en anteriores concursos, como el procedimiento de suspensión del Dr. Linsweiler, por ejemplo.

También el Japón ha expuesto mucho y muy ingenioso material para campaña, y para socorro inmediato en todo tiempo y ocasión.

La Cruz Roja americana ha expuesto su organización de los

puestos de socorro inmediato, de sus enfermeras y de las secciones destinadas á campaña y á las minas. También ha expuesto el resultado obtenido por la introducción del sello especial de Correos de Navidad, que ha superado á todas las esperanzas. El Ejército y la Armada de la Nación han expuesto asimismo su material y organización sanitaria, un Hospital móvil terrestre, una sala de operaciones en un buque de guerra, y el buque-hospital *Solace*, anclado al efecto en el Potomac, siendo de notar la emuneración de los artículos que en caso de guerra ha de facilitar la Cruz Roja á la Sanidad Militar. Algunos particulares han presentado camillas, tiendas, carruajes, mesas de operaciones, aparatos de respiración artificial y otros apropiados para campaña.

Se confirió al Jurado del fondo María Feodorovna el encargo de conceder algunas recompensas á los expositores, pero no pudo hacerlo por falta de tiempo.

Muchas naciones, y entre ellas España, se limitaron á presentar resúmenes de los trabajos de su Cruz Roja, en forma de libros, planos y álbums, no figurando en la Exposición con ningún objeto de material, resultado que no deja de ser bien sensible.

J. POTOUS

TERAPÉUTICA DE LAS HERIDAS

APLICACIONES DEL SUERO ANTIESTREPTOCÓCICO

Los hermosos resultados obtenidos en seis casos de heridas por arma blanca y de fuego, y principalmente el último de ellos, donde la acción ha sido más marcada, por la extremada gravedad del caso, me obligan á escribir este apunte, porque creo que el suero antiestreptocócico debe ocupar un lugar preeminente en esta terapéutica, que en el terreno quirúrgico es lo más importante de la Medicina militar.

El primer herido de mi observación, se refiere á un sargento moro, con herida de muslo, profunda unos ocho centímetros y de un centímetro de extensión, situada en la parte postero-externa y

media del muslo. La herida era acompañada de tal hemorragia, que cuando llegué al lado del enfermo, éste estaba en pleno síncope; aplicación inmediata de 500 gramos de suero fisiológico cafeinizado, seguida de intervención quirúrgica, dada la forma en que se hizo la operación y lo cruenta de la misma, era de prever la infección; pues bien, apliqué 20 cm.³ de suero antiestreptocóico; nada de fiebre el herido, cura de primera intención.

El segundo herido es un moro paisano, herida de puñal, parte lateral izquierda del tórax, cuarto espacio intercostal; herida penetrante de pulmón, con hemoptisis, traumatopnea, pneumotórax, etc., etc.; apósito aséptico, morfina, reposo, 20 cm.³ de suero antiestreptocóico el primer día, otros 20 cm.³ el segundo día; al tercer día levanto el apósito, disnea ligera, enfisema escaso; la herida cerrada; al séptimo día le doy de alta, saliendo con un pneumotórax manifiesto, sin nada de derrame, clínicamente apreciable; á los diez y ocho días, el herido está perfectamente bien, y sin pneumotórax. (Nada de fiebre.)

Tercer caso. Extracción de un proyectil situado en la rodilla izquierda, operación, y 10 cm.³ de suero; la herida operatoria, curó á primera intención; no puse más suero, porque la operación había sido hecha en perfectas condiciones de asepsia. (Nada de fiebre.)

Cuarto caso. Fractura completa y abierta de tibia. Lado derecho, producido por caída de caballo. Askari del tabor, núm. 4. Apósito correspondiente y 20 cm.³ de suero antiestreptocóico. Curada la herida de primera intención; consolidación perfecta de la fractura en cuarenta días, con perfecta integridad funcional del miembro fracturado. (Nada de fiebre.)

Quinto caso. Español, heridas múltiples en mano y antebrazo izquierdo, producida por explosión de un barreno (1), ingresa en la enfermería á los diez días de haber sido herido, heridas que pasan el miembro de parte á parte, principios de gangrena; extremidad inferior del cúbito al descubierto, etc., etc. Curación (sin supurar la herida), á los treinta días de estar en la enfermería. (Nada de fiebre.)

Sexto caso. Español, herida, de arma de fuego (probablemente fusil de antiguo modelo); herida penetrante en región precordial,

(1) Aunque es herido por explosión, por los efectos es lo mismo que si hubiese sido por metralla.

espacios intercostal izquierdo. Orificio de salida por región torácica derecha lateral; intensa anemia por hemorragia grandísima, disnea violentísima (60 m. r.), pulso incontable, filiforme, hemoptisis, traumatopnea, enfisema extendido por cuello, tórax y abdomen, pneumotórax en lado derecho, gorgoteo y estertores consonantes en el pulmón derecho y roce de pleura; á la auscultación, temperatura 39° el primer día, 30 cm.³ de suero antiestreptocócico al segundo día sin fiebre ya; 20 cm.³ de suero antiestreptocócico; la disnea disminuye, así como el enfisema; desaparición de la traumatopnea; al tercer día, 10 cm.³ de suero antiestreptocócico; al cuarto día suspendo las inyecciones por considerar al enfermo muy mejorado; al octavo día está fuera de peligro, sin disnea, ni nada; pulso algo débil por lo grande que fué la hemorragia traumática: los signos de auscultación tienden á desaparecer, hay apetito, etc. Durante el tiempo de gravedad se le trata además por los calmantes: morfina, fomentos, cafeína y vino, extracto de carne, leche y caldo como alimento. (No hubo pneumonía traumática.)

De todo lo dicho he sacado en consecuencia:

1.º Que el suero antiestreptocócico es eficaz en todas las heridas en que se tema un proceso inflamatorio infeccioso; por consiguiente, es un medicamento preventivo por excelencia.

2.º Que en los casos en que la infección haya sobrevenido, contribuye á que evolucione favorablemente.

3.º Que se debiera llevar en los botiquines de los Cuerpos, en campaña, para aplicarlo en las grandes heridas; y

4.º Que el suero antiestreptocócico no produce efecto perjudicial alguno sobre los riñones, pues, en los seis casos descritos, la cantidad de orina, la permeabilidad renal, la ausencia de albúmina, así nos lo prueba.

FEDERICO GIL ACEBEDO,

Médico segundo.

De la importancia del análisis rápido de jugo gástrico en las afecciones del estómago é intestino.

Por lo sencillo del método, por los excelentes resultados prácticos que lleva consigo y por lo poco que en la generalidad de los casos se usa, es por lo que me atrevo hoy á coger mi torpe pluma; y aunque neófito en el asunto, como joven que soy, quiero exponer en pocas palabras el método que me ha dado magníficos resultados.

Es frecuente que las afecciones de estómago den poca sintomatología al principio; suprimid por un momento las afecciones agudas, y nos encontraremos con un gran número de enfermedades constituidas como tal, y á las que no se ha dado la importancia que merecen.

Diferenciad á su vez y dad apellido á esas otras afecciones englobadas con el nombre genérico de dispepsias, y nos encontraremos con el camino mas expedito, y todos estos problemas y otros de mucha más importancia para el enfermo nos lo resuelve, por lo general, un análisis de jugo gástrico; pero no un análisis completo, complicado, que necesitemos mucho tiempo y aparatos y reactivos, no; un análisis práctico, simplificado al límite que debe conocer el médico y hacerlo con la misma rapidez que vemos la orina si tiene albumina ó investigamos la glucosa con el Febling.

Presentado el asunto desde este punto de vista, se le quitan sus inconvenientes para el práctico. Queda uno, en verdad; me refiero al enfermo; el análisis se hace para sentar un diagnóstico: lo hacemos antes de instituir el tratamiento como indispensable para éste y como medio de exploración; mas la confianza absoluta de los enfermos, hay veces que no se posee en esta primera etapa, desde el momento que se resisten; porque esta es la verdad: se resisten, no á que se les haga el análisis, pero sí á que el tubo de Faucher llegue á su estómago; este inconveniente se evita persuadiendo al enfermo que no le puede pasar nada, y haciéndole ver la absoluta é imprescindible necesidad de ello para sentar un diagnóstico seguro, y entonces cuando los Médicos tenemos ese há-

bito, cuando al paciente le sea repetido esto una y otra vez, cuando se generalice más que lo está, entonces se dejarán hacer su análisis con la misma facilidad que el sifilítico se deja hacer una reacción de Wassermann.

Varios han sido los casos que me han demostrado el valor del análisis.

He aquí los más recientes:

A., Médico, de cuarenta y siete años de edad, ha padecido del estómago, desde hace año y medio, dolores fuertes que se han ido acentuando y haciendo más duraderos; vómitos pocas veces y sin sabor ni guardar horas con las comidas, por lo menos no lo recuerda; hematemesis y melenas, en el primer año, tres, y distanciadas cuatro ó cinco meses; enflaquecimiento acentuado, y diagnosticado al principio de úlcera gástrica. Su color es pálido amarillento reconocido detenidamente, no se toca nada; presenta ganglios en la región inginal, y se sospecha un cáncer de estómago. Veo el enfermo, y por un lado tiene historia de úlcera gástrica, pero por otro lado el enflaquecimiento progresivo, el color pajizo y los ganglios de región inguinal me hacen sospechar también un cáncer; tenía inapetencia, que no le di un valor definitivo, por llevar seis meses á leche (tres litros). Se hizo un análisis de jugo gástrico, dándole como comida de prueba el té con 200 gramos de pan tostado; el análisis nos dió 1,8 por 1.000 de ácido clorhídrico, que nos confirmó el diagnóstico primitivo de úlcera de estómago con hiperclorhidria; ó mejor dicho, hiperclorhidria con úlcera de estómago, probablemente curada ésta con el excesivo tratamiento de leche y bismuto. Diagnosticamos de hiperclorhidria, á pesar de no tener más de 1,8 por 1.000 porque no consideramos como 1,8 lo normal, sino 1,4 por 1.000, y mucho más después de un tratamiento de leche tan prolongado; se instituyó el tratamiento adecuado, se le empezó á alimentar más, y en mes y medio ganó dos kilos de peso; empezó á desaparecer su color pálido amarillento; el apetito se recuperó, y hoy día continúa sin novedad y sin haber repetido sus hematemesis.

B., de treinta y ocho años de edad, padece del estómago, y á temporadas; hace tres años, las molestias han ido acentuándose y los períodos de calma han sido más cortos para alargarse las crisis dolorosas, dolor que se acentuaba al máximo á las dos horas de comer, que terminaba con vómitos muchas veces, y esos vómi-

tos sabían á agrios, estreñimiento pertinaz y buen apetito; se priva de algunos alimentos, porque por experiencia sabe le sientan mal. Reconocido, presenta dolorimiento en punta de apéndice xifoides y no tiene punto doloroso posterior: le veo en una crisis dolorosa; hecho análisis de jugo por el procedimiento rápido, no muy exacto, pero sí práctico, nos da 2,2 por 1.000 de ácido clorhídrico (la misma comida de prueba que el anterior); diagnóstico hiperclorhidria; se instituye tratamiento adecuado y plan de alimentación, que es coronado por el éxito; nuevo análisis á los seis meses, en la misma forma, da 1,7 por 1.000 de ácido clorhídrico.

C., de veintinueve años, padece hace tres, y recuerda que tuvo ligeras molestias de estómago al principio, á las que no le dió importancia; pocas veces vomitó, y sus vómitos no sabían á nada, algunas veces amargos; pero consulta con motivo de una diarrea que empezó á padecer por aquel entonces, y le obliga á levantarse por las mañanas á las cinco para hacer tres ó cuatro deposiciones en el intervalo de una hora; el resto del día continúa bien: dolores de vientre sin guardar relación con las comidas y enflaquecimiento; los vómitos son más frecuentes, matutinos y de sabor amargo, dice, de bilis; no tiene apetito. En el reconocimiento no se aprecia nada. El análisis de jugo gástrico, dando como comida de prueba el te y los 200 gramos de pan, da hiperclorhidria y gran cantidad de ácidos orgánicos; lavado de estómago por la noche y nuevo análisis por la mañana, que vuelve á dar hiperclorhidria. Diagnóstico catarro crónico de intestino delgado por hipoclorhidria; instituyo tratamiento adecuado, y se suprimen todas sus molestias, vómitos y diarrea, continuando en tratamiento, pero bien y ganando de peso; tiene más apetito, y comienza sus comidas con una taza de caldo un poco salado y una cucharada de extracto de carne. Toma ácido clorhídrico y pepsina en comprimidos de la casa Merk.

Los casos anteriormente expuestos y otros muchos hablan bien en favor del análisis de jugo gástrico, permitiéndonos afirmar la curación en dos casos, y desechando la sospecha de cáncer en el primero de los casos expuestos, cuya trascendencia era grande.

Ya he dicho al principio que el procedimiento es práctico, aunque no sea muy exacto, pero es lo suficiente para las exigencias de la clínica en la generalidad de los casos: una bureta de Mohs, una copa graduada y una cápsula de porcelana constituyen el material necesario.

Una solución decinormal de sosa, preparada por densidad para que sea mas exacta; la fenolftaleína como indicador y el reactivo Boas para el ácido clorhídrico, son los reactivos necesarios.

Método.—Diez centímetros cúbicos de jugo gástrico tomados en la copa graduada; dos ó tres gotas de la solución de fenolftaleína como indicador, y dejando caer la solución decinormal de sosa, el color rosa, que desaparece al principio agitando, se hará permanente después. Se toma la cantidad de sosa gastada, y si con el Boas nos da la reacción del ácido clorhídrico, multiplicamos por 0,365, y separando las tres últimas cifras de la derecha con una coma, nos dará la acidez referida el ácido clorhídrico.

Que no nos da reacción de ácido clorhídrico, son ácidos orgánicos lácticos ó butíricos.

Que sospechamos que la reacción del ácido clorhídrico es enmascarada por fermentaciones, lavado de estómago por la noche y análisis á la mañana siguiente, y nos aclarará el asunto. Esto, aparte de los caracteres que nos pueda dar á simple vista, con olor ó sin él, que tienen gran importancia. La cantidad de pepsina va ligada á la cantidad de ácido clorhídrico.

En todo ello se invierten diez minutos escasos, y por el poco tiempo, por el poco material, por lo sencillo que es y por las consecuencias que se sacan, que á todos se les alcanzarán mejor que á mí, y su trascendencia para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, es por lo que le doy tanta importancia en los enfermos de estómago ó intestino al análisis rápido, como al principio hice mención.

L. SERRADA,

Médico segundo.

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona

CASUÍSTICA

(CONTINUACIÓN)

Luego de todo esto, quedó, pues, el sujeto algún tanto mejorado, si bien continuando en un estado latente tuberculoso, habiendo ganado, eso no obstante, y curado sus manifestaciones externas.

Reflexionando respecto á todo lo anteriormente expuesto, creo poder formular las siguientes preguntas:

¿Pudo en este sujeto tuberculoso, debido á mantenerse abierta la úlcera tuberculosa por tanto tiempo como consecuencia del cuerpo extraño, acentuarse su estado de gravedad?

Aunque parezca contradictorio, en sujetos tuberculosos las heridas y aberturas de tejidos se reintegran con tal actividad ó rapidez, que pueden ocultar cuerpos extraños, hasta el extremo que ni el médico ni el enfermo se den cuenta de ello.

Salvo las conclusiones que después de oído el parecer de todos los señores á quienes tengo el gusto de exponer este interesante caso puedan formularse, creo poder exponer las siguientes:

1.º Que un tubo de drenaje puede residir como cuerpo extraño enquistado largo tiempo, años, sin descomponerse ni decolorarse en sujeto tuberculoso, dentro de órgano glandular tuberculoso de tal importancia como el testículo.

2.º Que su presencia no provoca, al parecer, otros trastornos como cuerpo extraño que la supuración.

3.º Según se deduce, en sujetos tuberculosos los tejidos se reintegran con relativa rapidez, hasta el extremo de hurtar cuerpos extraños al cirujano, enquistándolos.

4.º Que fundado en esto el cirujano, debe vivir avisado, evitando que hechos de esta naturaleza no sólo no se repitan, á fin de que no puedan traducirse en causas que obren como deprimentes en el enfermo, ni menos que obscurezcan el diagnóstico, sino que debe prevenirse de correr el riesgo de que en cualquier momento se encuentre chasqueado con una lección clínica mortificante.

DISCUSIÓN

El Subinspector Médico Dr. LÓPEZ BREA elogia el procedimiento del Sr. León Taboada para operar el fimosis; pero dice que abre cuatro puertas de entrada al chancro venéreo, y que las incisiones, cuando el balano es muy grande, se desgarrarán mucho.

El Médico mayor Dr. SOLDUGA dice que no es nuevo este procedimiento; que lo ha empleado él, pero haciendo sólo tres incisiones, en vez de cuatro. Añade que hay que distinguir el fimosis congénito sin adherencias del congénito con adherencias y del

chancroso. En el primero, él ha empleado un procedimiento análogo al del Sr. León Taboada, practicando sólo tres cortes: uno dorsal y dos laterales. Las heridas toman, en efecto, la forma tan bien descrita por el Sr. Taboada. Pero en el fimosis congénito con adherencias balano-prepuceiales no se puede practicar el procedimiento del Sr. León Taboada. Por último, en el fimosis chancroso tampoco es aplicable, porque las heridas fatalmente se vuelven chancrosas.

El caso del cuerpo extraño expuesto por el Sr. León Taboada es muy notable, pero es un caso más. Todos los libros traen casos de cuerpos extraños dejados por los cirujanos, en especial en el abdomen (compresas, pinzas, etc.). Cita un caso, diagnosticado de absceso subfrénico, que, operado, resultó ser una compresa olvidada en la cavidad posterior de los epiplones. Termina felicitando cordialmente al Sr. León Taboada.

El Médico primero SR. LEÓN TABOADA contesta al Sr. Brea, manifestándole el profundo agradecimiento por el elogio que con frase tan galana ha hecho de su modesto trabajo, significándole que, al contestar á sus dos observaciones (que de paso le manifiesta que las considera como las dos mejores), le servirá para justificar más la utilidad del procedimiento. En efecto; al hacer cuatro pequeños cortes, se hacen cuatro heridas limpias, cuya curación, bien dirigida, aséptica ó antisépticamente, darán la curación total indefectible, cosa que sería más difícil que ocurriera, si, en lugar de cuatro pequeños cortes, se hace la circunsección que da herida grande y circular, ó cualquiera de los procedimientos de excisión, pues en unos y otros queda mucha más superficie viva que en el procedimiento por él empleado, y, por lo tanto, antes sería de temer en éstos toda complicación que no se suele ver, sin embargo, haciéndose más imposible en su método.

Cuando el balano es grande, como cuando es pequeño, ya ha indicado, en su trabajo el principio fundamental que debe guiarnos de continente y contenido, al operar.

«Contestando al Dr. Solduga, me permito decirle que este proceder no ha podido verlo, como yo no lo he visto, ni escrito ni referido, y menos reglado, ni expuesto, ni documentado, como he tenido el gusto de hacerlo; pues dista mucho de ser el devosdyat el que yo ofrezco á esta Academia, y lo vengo operando desde fines de la campaña de Cuba, en cuya época ya refero en mi trabajo

que lo realicé en diferentes Cuerpos, donde puedo comprobar que tuve buenos resultados.

Respecto á lo que nos dice de los fimosis congénitos con adherencias y sin adherencias, creo no se ha fijado en que, en mi exposición, me refero tan sólo al congénito, con adherencias totales ó parciales, del que digo que es inoperable por todos los procedimientos, como por el mío, pues según cirujanos tan competentes como el Dr. Lozano, no debe operarse, porque, á pesar de los más exquisitos cuidados, suele complicarse con cáncer ó gangrena, ó dejar úlceras incurables.

El método de los tres cortes del Dr. Solduga lo creo malo, pues, prácticamente, me he convencido de lo insuficientes que resultan por grandes que se hagan, y deben rechazarse por ser grandes, siendo necesariamente fundamental el que sean pequeños, si la curación ha de terminar sin dejar huellas ni defectos apenas cognoscibles, como ocurre en casi todos mis casos; y dejo por último el contestar al Dr. Solduga su última impugnación, cuando dice terminantemente: «en el fimosis chancroso (sin distinguir de qué clase) tampoco es aplicable, porque las heridas se hacen fatalmente chancrosas». Este trabajo, olvida el Dr. Solduga que tiene por base varios casos de esta naturaleza precisamente, y detallados quedan, en su mayoría con múltiples chancros variados, así como para fimosis por flemón dorsal del pene, y todos ellos, no sólo demuestran que curaron sin defecto y bien, sino pronto, según consigno, y cuyos datos obran en mi poder, y los individuos están en el Regimiento de Treviño, núm. 26, donde, cual otros compañeros lo han hecho, puede verlos.»

El DR. SOLDUGA vuelve á tomar la palabra, y dice que cuando después de operar el fimosis congénito con extensas adherencias balano-prepuciales sobreviene la gangrena, ésta es una infección, un defecto de técnica. Añade que hay que procurar que la mucosa quede adherida al glande y no al prepucio.

El DR. LEÓN contesta: «Lamento que el Dr. Solduga no haya oído que mi opinión terminante ha sido que el fimosis con adherencias totales ó parciales, pero *extensas*, y *congénito*, es de todo punto y necesariamente debe ser inoperable, teniendo en cuenta que en la mayoría, por no decir en todos los casos de esta naturaleza, no existe mucosa balano-prepucial y sí, en su lugar, un tejido conjuntivo laxo, que une la piel del pene á la cubierta elás-

tica de la extremidad de los cuerpos cavernosos que constituyen el balano, no pudiendo verificarse disección alguna de la mucosa por no existir, pues de existir ésta, las adherencias que suele haber son escasas, y estamos en el caso de pequeñas bridas, que suelen ser entonces no congénitas, sino adquiridas, y este caso es perfectamente operable por todos los procedimientos, pero especialmente por el método mío expuesto, luego de separadas las adherencias ó bridas.

Con esto termino, dando las gracias, finalmente, por la distinción tan señalada que se me ha hecho al prestar atención á mi humilde proceder.»

El Sr. PRESIDENTE (*Médico mayor* DR. D. JUAN RISTOL) resume la sesión diciendo que el procedimiento del Sr. León Taboada es indudablemente útil y aplicable á muchos fimosis; pero estima, como los Sres. López Brea y Solduga, que, cuando haya chancros venéreos, las incisiones acabarán por ser todas chancros blandos. De todos modos, el proceder es evidentemente ventajoso en todos los casos operables en que no haya chancro blando.

A propósito del caso de cuerpo extraño expuesto por el doctor León Taboada, recuerda el Dr. Ristol un caso del Dr. Soler y Garde, quien al hacer una toracoplastia y al resecar las primeras costillas, vió salir un larguísimo tubo de caucho.

Termina preguntando á la Sociedad si acuerda suspender las sesiones hasta Octubre, contestando que sí todos los presentes.

(Continuará.)

VARIEDADES

El día 4 del corriente salió para Francia, Inglaterra y Alemania, en comisión oficial del servicio, el Médico mayor D. Antonio Casares Gil, encargado por el Ministro de la Guerra de verificar las prácticas necesarias para la fabricación de la vacuna anti-tífica, y técnica de su empleo, con objeto de proceder á la implantación en nuestro Ejército de tan reputado medio preventivo contra la fiebre tifoidea.



Nuestro querido Director, D. Manuel Martín Salazar, después de breve estancia en el Lazareto de San Simón y de recorrer algunas otras Estaciones sanitarias, se encuentra actualmente en San Sebastián, donde explanará en el Congreso Antituberculoso su ponencia oficial sobre la inmunidad.

*
* *

En la tarde del 2 del corriente dieron comienzo en la Academia Médico-Militar los ejercicios de oposición para cubrir 40 plazas de Médicos-alumnos.

Al cerrar nuestra edición continuaban los opositores practicando el primer ejercicio.

*
* *

Según noticias que recibimos de San Sebastián, se están celebrando con la mayor brillantez las sesiones del Congreso Antituberculoso, habiendo asistido gran número de Médicos militares.

En su oportunidad daremos extensa cuenta de la participación de nuestro Cuerpo en dicho acto.

*
* *

Hemos tenido el gusto de saludar á los Subinspectores Médicos Sres. Rives y Castañé, al Médico mayor Sr. Naranjo y al Médico primero Sr. Pówer. Sean bienvenidos.

*
* *

En Melilla, y merced á las gestiones del General Villalón y del Inspector de Sanidad Militar Sr. Cabellos, se ha inaugurado un Matadero, cuya dirección se halla á cargo del Veterinario primero Sr. Coderque.

Tenemos noticias de que el nuevo establecimiento se halla á la altura de las modernas necesidades en materia de higiene.

*
* *

Se encuentra casi restablecido de la enfermedad que sufrió días pasados el Excmo. Sr. D. José de Lacalle, Jefe de la Sección de Sanidad Militar.

Lo celebramos muy de veras.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Un remedio contra la artritis úrica, por Jansen.—Hace algún tiempo que uno de los enfermos del doctor Brand le participó un remedio muy sencillo, un «secreto de familia», contra el ataque agudo de artritis úrica, así como contra las exacerbaciones agudas de la artritis crónica.

Este remedio consiste en bicarbonato de sosa con agua ordinaria; se hace una solución concentrada, que se aplica en una espesa capa sobre un pedazo de tela, suficientemente grande para envolver la articulación enferma. Cuando el paño se deseca, se le moja de nuevo, ó bien se envuelve la cura con una substancia impermeable.

Aunque el Dr. Brand tuvo poca confianza en ese remedio, resolvió emplearle en un caso de gota agudo, en el cual todos los medios usuales habían fracasado, sorprendiéndose de que con este tratamiento se obtenía un éxito rápido y completo.

Posteriormente, Mr. Brand aplicó este método en otros muchos casos de artritis, y cada vez los resultados fueron más sorprendentes, y hasta observó más de una vez que los ataques agudos no se repitieron.

En vista de la inocuidad y sencillez de este tratamiento, el autor espera que sus colegas querrán experimentarlo.—(*Le Caducée*, número 14, 1912.)—*J. P.*

El contagio de la tifoidea, por el Dr. Bruckner.—Por razón de su cargo en la Komisaría imperial para combatir la fiebre tifoidea en un

distrito de Alemania, el autor ha podido estudiar 28 pequeñas epidemias de esta enfermedad que ocasionaron 509 invasiones y 53 defunciones. Las conclusiones que deduce son las siguientes.

1.^a Las enseñanzas de Koch: que los bacilos eliminados por el hombre enfermo ó aparentemente sano, son el origen de la tifoidea, se confirman plenamente en estas pequeñas epidemias.

2.^a Para la propagación de la tifoidea son indispensables la suciedad y falta de aseo de enfermos y portadores de bacilos.

3.^a Pero no se reduce el peligro á las personas que rodean á estos individuos. Los gérmenes de la tifoidea se conservan y propagan muy bien en las substancias alimenticias, y esto aumenta el poder de contagio en los portadores de gérmenes.

4.^a El contacto directo de persona sana con persona enferma juega un papel muy secundario en la propagación de esta enfermedad. Lo que se observa de ordinario es el contacto indirecto por intermedio de alimentos y bebidas manipulados por convalecientes ó portadores de bacilos no limpios. Por este medio, un portador de gérmenes puede contagiar gran número de personas.

5.^a Los mejores medios profilácticos son: una desinfección rigurosa de las heces y orinas de los enfermos de tifoidea, que se prolongue todo el tiempo preciso, limpieza absoluta de las manos en los que lo rodean, mejora de las condiciones higiénicas generales y una severa

inspección de las substancias alimenticias. La fuente de infección se agotará cuando se encuentre el medio de esterilizar rápida y seguramente los portadores de bacilos.— (*Deut. Med. Woch.* 1912, núm. 32.)
F. G. D.

* * *

La sangre de los radiólogos.—El Dr. Aubertin, partiendo de las modificaciones de la sangre producidas con un fin terapéutico por la radioterapia, en algunas enfermedades, ha efectuado observaciones sobre ciertos radiólogos, en los que ha comprobado alteraciones del líquido sanguíneo.

Estas consisten en disminución de los *polinucleares neutrófilos*, con disminución de la cifra total de leucocitos. Esta *hipo-neutrofilia* no se acompaña de hipo-eosinofilia, sino, por el contrario, los eosinófilos están á menudo por encima de la normal.

Este estado de la sangre es análogo al que se obtiene en algunos animales sanos, irradiados en ciertas condiciones, en los cuales los polinucleares han sido destruidos en abundancia, y la médula se encuentra en estado de hipo-funcionamiento.

Este estado de hipo-polinucleosis no es necesariamente permanente; pueden producirse brotes de polinucleosis que conducen la cifra leucocitaria y la fórmula á los alrededores de la normal. Estos brotes pueden no ser más que aparentes, y entonces se observa que la destrucción de polinucleares se suspende durante cierto tiempo.

Lo que puede decirse es que no parecen seguir necesariamente las manipulaciones de los rayos X; pero es cierto que esta disminución de

polinucleares debe ser tomada en consideración; pues es, por los polinucleares sobre todo, que el organismo lucha contra las infecciones, y es muy probable que dicho estado de la sangre sea una condición desfavorable en caso de infección.— (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 6.^o cuaderno, 1912.)
J. P.

* * *

Sobre el neo-salvarsán, por los Doctores Kall, Wolff y Mulzer.—Se trata de dos trabajos independientemente publicados en el mismo semanario y coincidentes en sus juicios. El Dr. Kall ha tratado 39 sífilíticos con 141 inyecciones intravenosas y 10 intramusculares, siguiendo la técnica de Schreiber, y vió aparecer, rápidos y graves accidentes que le han hecho repudiar el medicamento. En cinco casos hubo graves exantemas arsenicales. Por otra parte, los síntomas de la sífilis no retrocedieron, ni tan pronta ni tan completamente como con el salvarsán. Por todas esas causas, cree preferible no utilizarlo, y en caso de hacerlo, no seguir la técnica de Schreiber, sino practicar inyecciones espaciadas suficientemente para evitar acumulación de tóxico.

Coincide con esta opinión la de Wolff y Mulzer, que han tratado 30 sífilíticos por igual método, observando fiebre en 15 casos y dolor de cabeza, vómitos y diarrea en 14. También observaron 4 casos de exantema arsenical. Un enfermo al que en ocho días se le habían inyectado 3,3 grs. de neo-salvarsán, tuvo una grave intoxicación, con anuria, parálisis de las extremidades inferiores, nefritis hemorrágica y decúbitus. La conclusión que deducen

es que el neo-salvarsán á pequeñas dosis es inferior al salvarsán en sus propiedades terapéuticas, y si la dosis se eleva, es mucho más tóxico que el primitivo medicamento. — (*Munch. Med. Woch.* 1912, número 31.)—*F. G. D.*

* * *

La biología de la pulga de las ratas, y su papel en la peste.—La *xenopsylla cheopis* es la pulga de las ratas de la India inglesa, que juega tan importante papel en la propagación de la peste. La *ceratophyllus fasciatus* es la pulga de las ratas europeas, y las opiniones se encuentran muy divididas respecto al papel que le está asignado en dichas epidemias, pues mientras que la comisión indo-inglesa cree que esta última comparte con la primera su estancia en la piel de las ratas indianas, aunque en menor proporción, asegura que también propaga la peste.

Pero MM. Tiraboschi y Galli Valerio dicen que las pulgas de las ratas europeas no pican jamás al hombre.

Para zanjar esta cuestión, M. Swellengrebel emprendió una serie de experiencias, colocando las pulgas sobre la piel del hombre debajo de una campana de cristal, y pudo comprobar que la *ceratophyllus* picaba al hombre, determinándole en muchos casos una aureola rojiza, especialmente cuando las pulgas permanecían algunos días sin comer, ó inmediatamente después de haber picado á las ratas, viniendo, por lo tanto, en conclusión que una y otra pulga son aptas para propagar la peste; circunstancia muy importante para la policía sanitaria de las embarcaciones y de los puertos. (*Le Caducée*, Julio 1912.)—*J. P.*

Patogenia de la uña incarnada, por Douvier.—Hace notar el autor, basado en observaciones prácticas, que esta lesión puede desarrollarse en circunstancias muy distintas de las que suele invocarse ordinariamente para su etiología. Cita, en efecto, tres observaciones relativas á enfermos que, impedidos de abandonar el lecho y de calzarse durante muchos meses, fueron antes atacados de uña incarnada.

El primer caso es el de una joven atacada de flebitis, que al levantarse después de varios meses de inacción, fué operada de onixis.

El segundo, padeciendo de coxalgia, estuvo en cama un año, y fué después operado á causa del mismo proceso doble.

El tercer caso es el de una persona de treinta años, que permaneció cinco semanas en cama á causa de una bronquitis, é igualmente se le operó.

Otro caso, el cuarto, fué operado después de permanecer en cama cuatro meses, á causa de una artritis.

Otros casos análogos cita M. Douvier.

Desechando la idea de todos los autores que, desde tiempos de Dupuytren, atribuían la uña incarnada á defectos del calzado provocados en la marcha, el autor se sorprende de la aparición de este proceso en enfermos inactivos durante tanto tiempo, y cree que los dedos gruesos del pie mal conformados, son la verdadera causa de estos trastornos, motivados por una imperfecta circulación, á alteraciones tróficas, á causa de la cesación de las funciones constantes de flexión y extensión á que está destinado dicho dedo.

Esta pasividad es más pronuncia-

da cuando existe descenso de la bóveda plantar y una manera defectuosa de andar (pies hacia fuera) que provoca una ulceración de las partes blandas exuberantes contra la uña.

La conclusión es que los dedos gruesos deben moverse libremente: su inmovilización es causa de trastornos tróficos, de los cuales la uña, incarnada, es decir, la ulceración de las partes blandas contra la uña parece ser una de sus modalidades. (*Dauphiné Médical*, núm. 2.)—*J. P.*

* * *

El pronóstico vital de la retinitis brightica.—El Dr. Brunetière ha hecho á este propósito una comunicación, presentada á la Sociedad de Medicina de Burdeos, que demuestra la importancia de este síntoma para el pronóstico, importancia sobre la cual se ha venido insistiendo, y que Trousseau señalaba ya.

El autor resume sus observaciones y razonamientos de la siguiente manera:

«La aparición de una retinitis brightica en un enfermo, albuminúrico ó no, es siempre de un pronóstico excesivamente grave.

Nuestras observaciones personales, basadas en la experiencia de numerosos autores, nos permiten evaluar en un 90 por 100 el número de casos en que la muerte seguía con cortas diferencias, es decir, en menos de tres años, al diagnóstico de la lesión.

En presencia de lesiones retinianas difíciles de caracterizar, tales como se observa algunas veces al principio de las retinitis brighticas, es necesario decidirse á rebuscar la *azotemia* (*Morax Cantonet*).

Creemos, como estos autores, que la presencia en el suero sanguíneo de una retención nitrogenada que pasa de dos gramos de urea, nos fijará con seguridad la naturaleza verdadera de la lesión retiniana y la gravedad de su pronóstico vital.»—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, Julio 1912.)—*J. P.*

* * *

Medidas prácticas contra el cólera, por Heiser. — La profilaxia del cólera depende de las siguientes reglas:

1.^a Medidas de observación y de vigilancia, con examen bacteriológico de las heces.

2.^a Servicio de información relacionado con los casos sospechosos.

3.^a Medidas de salubridad general, destrucción de moscas, retirada rápida de basuras, etc.

4.^a Diagnóstico bacteriológico de los primeros casos sospechosos; aislamiento.

5.^a Medidas relativas á la destrucción ó desinfección de los excreta.

6.^a Vigilancia del agua potable, de los alimentos, etc.

7.^a Educación del público concerniente á la propagación de la enfermedad.

8.^a Desinfección de los locales ocupados por los sospechosos y los enfermos.

En resumen: los éxitos de la profilaxia descansan en el empleo de las medidas basadas sobre el hecho de que la ingestión sola del vibrión causa la enfermedad, y que la infección no tiene otro origen que las excreciones de los enfermos ó de los portadores de gérmenes. (*Monthly Bulletin*.)—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Morbilidad por tuberculosis en el Ejército, por el Dr. Lemoine.—Para este autor, la morbilidad por tuberculosis en el Ejército está íntimamente relacionada con el sitio de procedencia del soldado. Las tropas que reclutan sus hombres en comarcas muy castigadas por la tuberculosis, dan cifras muy altas de asistidos por esta enfermedad. Esto ocurre con los soldados procedentes de Normandía y Bretaña, que se tuberculizan con gran facilidad. A esta inferioridad nativa ó adquirida en la infancia atribuye el autor las altas cifras de morbilidad y mortalidad del Ejército francés, y propone medidas profilácticas que deben aplicarse á los niños y jóvenes, pues á los soldados llegan ya tarde.—(*Archives générales de Med.* Febrero 1912.)—*F. G. D.*

El oído y la detonación en los artilleros, por Chastang.—Después de las detonaciones accidentales en la proximidad de las grandes piezas de artillería, las lesiones del tímpano, de la caja y del laberinto son frecuentes.

Sobre el tímpano, la ruptura tiene lugar hacia atrás, á lo largo del mango del martillo. Es noción admitida que en el momento de la ruptura del tímpano, los taponos de uata protectores colocados en el conducto, son frecuentemente arrancados y proyectados hacia fuera, lo que indica un mecanismo muy parti-

cular de la acción de las vibraciones aéreas sobre el tímpano.

Al lado de los reflejos habituales, debidos á lesiones anatómicas del oído, se observan ciertos trastornos nerviosos, que provienen de la neurosis traumática.

Se han propuesto distintos aparatos protectores que permiten más ó menos bien percibir las voces de mando, atenuando las vibraciones muy fuertes. La descripción de estos aparatos la verifica el autor con la indicación del beneficio que se puede obtener de ellos.—(*Archives de Médecine naval.*)—*J. P.*

**

Clasificación de los enfermos y heridos en campaña, por el Dr. Bertold Reder.—Es un hecho establecido hace mucho tiempo, que los enfermos y heridos alejados del frente de combate vuelven más difícil y lentamente que aquellos que se tratan en las proximidades de la primera línea. Por eso, el objeto principal de la clasificación y conservación de heridos y enfermos debe ser retener todos aquellos que necesitan corto tratamiento, á fin de tener el mayor número posible de hombres en las unidades. En Austria son las Divisiones las que retienen y cuidan sus enfermos, y evacúan los que requieren largo ó especial tratamiento y los infecciosos. En caso de epidemia ó cuando se opera en país de excesiva pobreza, no de-

ben retenerse. Una ulterior clasificación es precisa para elegir quiénes deben ser evacuados por ferrocarril, por vapor, así como para fijar el sitio adonde deben ser conducidos. Las mayores dificultades aparecen en las acumulaciones de enfermos y heridos, sobre todo después de los grandes combates, que seguramente han de hacer defectuosa la operación.—(*Militararzt*. 1912, núm. 6, y *Deut. Med. Woch.* 1912, núm. 24.)—*F. G. D.*

* * *

La Sanidad Militar en los Estados Unidos.—(*The Military Surgeon*. July 1912.)—Discurso acerca de la misión del Médico militar, pronunciado en la Academia del Cuerpo, con motivo de finalizar los estudios de una promoción, por el doctor Samuel Lloyd, de Nueva York, y que figura en la Reserva médica del Ejército.

(Fragmento).

«Todos conocéis el desarrollo que alcanzó la fiebre tífica entre las tropas americanas durante la guerra en España. El Mayor Valter Reed fué nombrado Jefe de un organismo destinado á estudiar las causas de la propagación de esta enfermedad. Aquí, también, se consiguió un gran avance en el conocimiento de este terrible mal. La mosca común, esta peste de las casas y de las poblaciones, que hasta ahora sólo se había juzgado incómoda, fué juzgada como criminal peligroso. En la guerra con España, en un Ejército de 107.973 hombres, tuvimos 20.738 atacados (un quinto aproximadamente) y 1.580 fallecimientos que representan el 85 por 100 del total de muertos.

En la guerra del Africa del Sur (*Russells Boston Med. Sur. Jour.* En. 5, 1911), el Ejército inglés tuvo 31.000 casos con 5.877 muertos, y en la de Francia, el alemán 73.396 casos con 8.736 muertos, que son el 60 por 100 del total.

Comparad estas estadísticas con las de la División de maniobras en Texas, el pasado año. Allí se tomaron todas las precauciones para evitar la propagación de las moscas y para impedir el acceso á toda materia susceptible de facilitar la infección. «La policía sanitaria», dice Kean (*The Sanitary record de la Masionever División Jour. Amer. Assa.* August. 26, 1911), fué rigidamente conducida por los Oficiales Médicos, y así se consiguió que el campo, utilizado por espacio de bastantes meses, cuando se levantó no presentaba nada que pudiera ofender á la vista ni al olfato.»

La profilaxia de la fiebre tífica, ha quedado demostrado que es practicable y eficaz, por el trabajo de nuestros Médicos militares. Como dice Rusells, «el alto grado de eficacia, obtenido por el servicio médico en la reciente movilización, no ha sido un resultado casual ó fortuito, sino el fruto del paciente, laborioso y hábil esfuerzo para aplicar las lecciones de la guerra hispana y asegurar los mejores resultados. El éxito obtenido es un motivo de legítimo orgullo y satisfacción para el Cuerpo de Sanidad Militar, y una demostración clara y manifiesta de que el Gobierno nacional debe destinar á este servicio recursos suficientes para que pueda organizarse, y funcionar de un modo adecuado y en justa proporción con la fuerza del Ejército.—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Estado actual de la cuestión del radio en terapéutica, por el Dr. S. Velázquez de Castro, Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Granada.

En un elegante folleto de 35 páginas resume el ilustrado Profesor de Granada las enseñanzas que se desprenden del estudio de este maravilloso metal, que tan honda revolución ha causado en el mundo científico, y que tan interesantes aplicaciones va logrando en el tratamiento de algunas dolencias.

En la primera parte hace el autor historia del radio y de la radiactividad de que gozan también otros minerales, aunque no en tal alto grado, como el uranio, el torio, el polonio y el actinio.

Trata después de los caracteres químicos y físicos del metal, tan perfectamente estudiado por la señora Curie y su colaborador Debierne, fijándose en los caracteres de la *emanación*, especie de gas luminoso que forma al radio como una atmósfera ó medio ambiente, citando también á este propósito los trabajos del gran químico Ramsay.

Desde el punto de vista terapéutico, concede el autor mucha mayor importancia á la *radioterapia Curie* que á la *radioterapia Röntgen*, tanto por su mayor poder radiante, cuanto porque pueden verificarse aplicaciones muy continuadas (acción sobre los leucocitos, elementos linfocitos, epitelios y endotelios).

En las indicaciones hace mención especial de las neoplasias, y, sobre todo, de las que radican en las fosas nasales, faringe, recto, vagina, etc.

Describe á continuación la técnica de los aparatos radíferos, y termina haciendo un estudio muy completo de la radiactividad de las aguas minerales nacionales y extranjeras.

A la vista del notable trabajo del Sr. Velázquez de Castro, se deduce la profunda ilustración del autor, á quien sinceramente felicitamos.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 20 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 197) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Manuel Iñigo Nougués, D. Rafael Chicoy Arreceigor y D. Matias Navarro Sancho, y al Médico segundo don Manuel Valiente Izquierdo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 198) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. José González Garcia y don Eliseo Muro Morales; al Médico mayor D. Francisco Ibáñez Aliaga; á los Médicos primeros D. Federico Illana Sanchez, D. Francisco Sanjimenez Consuegra y D. Jerónimo Forteza Martí, y á los Médicos segundos D. Severino Torres Ace-ro, D. Joaquin Cotanda Llovata y D. Pedro Sáinz Garcia.
- 24 » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* número 194) concediendo la pensión anual de 1.125 pesetas á la madre (viuda) del Médico mayor D. Carlos Vieites Pérez.
- 27 » Real orden (*D. O.* núm. 194) declarando apto para el ascenso al Médico segundo D. Rafael Arenas Machuca.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 194) concediendo el empleo de Médico primero, en propuesta extraordinaria de ascensos, al Médico segundo D. Rafael Arenas Machuca, quien deberá figurar en la escala de su nuevo empleo inmediatamente detrás de D. Rafael Power Alessón.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 200) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Ramón Fiol Jiménez y D. Amador Hernández Alonso; á los Médicos primeros D. Angel Calvo Flores, D. Miguel Sanchez Hidalgo, D. Antonio Moreno Palacios, D. Alfonso Moreno López, D. Antonio Carretero Navarro y D. Aurelio Díaz Fernández, y á los Médicos segundos D. Horacio González Donoso y D. Ramón Fiol Paredes.

31 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 196) disponiendo que los Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Médicos primeros: D. Eloy Fernández Vallesa, del Regimiento Lanceros del Principe, 3.º de Caballería, al de Húsares de la Princesa, 19.º; D. Eduardo Sánchez Martín, del Regimiento Húsares de la Princesa, 19.º de Caballería, al de Lanceros del Principe, 3.º; D. Rafael Arenas y Machuca, ascendido, del tercer batallón del Regimiento Infantería de Africa, 68, al primero de Almansa, 18; D. José Cogollos y Cogollos; del Batallón Cazadores de Tarifa, 5, al Regimiento Cazadores de Victoria Eugenia, 22.º de Caballería; D. Modesto Cotrina y Ferrer; del Regimiento Cazadores de Victoria Eugenia, 22.º de Caballería, al Batallón Cazadores de Tarifa, 5.

Médicos segundos: D. Isidro Horrillo y García-Camacho, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Castilla, 16, y en comisión en el de Gravelinas, 41, cesa en la expresada comisión, incorporándose á su destino de plantilla; D. Antonio Jiménez Arrieta, del primer batallón del Regimiento Infantería de la Constitución, 29, al segundo batallón del mismo Regimiento; D. Vidal Irizar Egui, del primer batallón del Regimiento Infantería de Aragón, 21, y en comisión en el segundo del de Galicia, 19, cesa en la referida comisión, incorporándose á su destino de plantilla; don Miguel Guirao y Gea, del primer batallón del Regimiento Infantería de Almansa, 18, al segundo batallón del mismo Regimiento.

De nuevo ingreso: D. Vicente Cariñena Jiménez, á la primera sección de la quinta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Angel Martínez Vázquez, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Covadonga, 40; don Severiano Riopérez y Benito, á la segunda sección de la primera compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Enrique Sola y Segura, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Córdoba, 10; D. Francisco Blázquez y Bores, á la primera sección de la segunda compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Arcadio García de Castro y Raya, al tercer batallón del Regimiento In-

fanteria de Africa, 68; D. Leopoldo Taladriz y Gómez, á la octava compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Vicente Marti y Crespo, al segundo batallón del Regimiento Infanteria de Galicia, 19; D. Ramón Jiménez de Azcárate, al tercer batallón del Regimiento Infanteria de Córdoba, 10; D. Lorenzo Aycart Moreno, al Hospital de Madrid-Carabanchel; D. Enrique Ayuso Balbastre, á la segunda sección de la tercera compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Octavio Palazón y Yebra al segundo batallón del Regimiento Infanteria de Gravelinas, 41; don Nicolás Tello y Peinado, al segundo batallón del Regimiento Infanteria de Cantabria, 39; D. Manuel Traba y Roldán, al segundo batallón del Regimiento Infanteria de Andalucía, 52.

31 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 196) promoviendo al empleo de Médico segundo del Cuerpo á los quince alumnos de la Academia Médico-Militar que se expresan á continuación, debiendo colocarse en la escala de su clase por el orden en que aparecen relacionados:

D. Vicente Cariñena Jimenez, D. Angel Martínez Vazquez, D. Severiano Riopérez Benito, D. Francisco Blázquez Bores, D. Enrique Sola Segura, D. Arcadio García de Castro Raya, D. Leopoldo Taladriz Gómez, D. Juan Pelli-cer Escalona, D. Vicente Marti Crespo, D. Ramón Jiménez de Azcárate Altamira, D. Lorenzo Aycart Moreno, D. Enrique Ayuso Balbastre, D. Octavio Palazón Yebra, D. Nicolás Tello Peinado y D. Manuel Traba Roldán.

» » Real orden (*D. O.* núm. 197) concediendo veintiocho días de licencia, por asuntos propios, para Francia, Alemania y Suiza, al Subinspector Farmacéutico de segunda clase don Ladislao Nieto Camino.

» » Real orden (*D. O.* núm. 204) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Médicos militares que á continuación se expresan:

Médicos primeros D. Cayetano Gómez Martínez, D. Manuel Sánchez Barriga, D. Enrique Gallardo Pérez y don Nemesio Agudo Nicolás, y Médico segundo D. Felipe Pérez Feito.

» » Real orden (*D. O.* núm. 206) declarando indemnizables las

comisiones desempeñadas por los Médicos militares que á continuación se expresan:

- Médicos mayores D. Juan del Río Balaguer y D. Esteban Gutiérrez del Olmo; Médico primero D. Miguel Parrilla Baamonde, y Médicos segundos D. Juan Nuevo Díez, D. Aniceto García Fidalgo y D. Antonio Vallejo Nájera.
- 4 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 200) autorizando al Médico primero D. Francisco Conde de Albornoz para que pueda usar sobre el uniforme la medalla de plata de la Cruz Roja española.
- 5 » » Real orden (*D. O.* núm. 200) concediendo al Médico segundo D. Vicente Cariñena Jiménez la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, por haber obtenido al número 1 en todas las asignaturas como alumno de la Academia Médico-Militar, durante el pasado curso, hallándose incluido en el art. 79 del Reglamento orgánico de dicho Centro.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 200) concediendo al Médico provisional D. José Castilla Calvo la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, por haber prestado sus servicios dos años como tal Médico provisional.
- 7 » » Real orden (*D. O.* núm. 203) aprobando la propuesta del Médico mayor D. Rafael Merino Lorenzo para que desempeñe el cargo de Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Avila.
- 9 » » Real orden (*D. O.* núm. 204) disponiendo se amplie el plan de estudios de la Academia Médico-Militar, á partir del presente curso, con la creación de la clase de «Radiología», que deberá ser desempeñada por un Médico primero.
- 11 » » Real orden (*D. O.* núm. 206) concediendo la gratificación anual de 600 pesetas á los Médicos mayores, Profesores de la Academia Médico-Militar, D. Diego Naranjo y Moreno, D. Francisco Fernández Victorio y D. Sixto Martín Miguel, como comprendidos en el art. 6.º del Reglamento orgánico.
-