

LA GACETA DE SANIDAD MILITAR.

Madrid 10 de Diciembre de 1877.

MEDICINA PRÁCTICA. (1)

Observaciones acerca de la PULMONÍA FIBRINOSA FRANCA y algunas de sus variedades, recogidas en las salas 13 y 14 del Hospital militar de Madrid, que pueden servir como hojas sueltas para una clínica médica militar, precedidas de unas ligeras notas sobre la inflamacion, y seguidas de algunos apuntes de termometría clínica.

(Continuacion.)

Pulmonía traumática. Volvemos aqui sobre el caso de pulmonía traumática que dejamos en la etiología y que hemos observado con toda atencion y detenimiento por ser muy raro, y estar en tela de juicio si las contusiones sobre el torax pueden ó no producir la pulmonía. Cuando vimos al enfermo estaba lánguido y abatido, demostrando en su semblante la expresion del dolor que le aquejaba; en la region contundida habia un ligero equimosis, fiebre de 125 pulsaciones y 39°,3 de temperatura, gran cefalalgia, tos frecuente y húmeda, que decia le molestaba mucho porque le aumentaba el dolor, esputos viscosos, trabados y homogéneos, muy teñidos de sangre, y un ligero matiz herrumbroso, con tal abundancia que se llenaba la escupidura dos veces al dia; estertor crepitante fino y seco en la region del dolor y de la contusion, con notable disminucion del murmullo respiratorio y respiracion pueril en el pulmon sano; este enfermo me recordó el caso de Barth referido por Grisolle, tenía una postracion y abatimiento que no se explicaba ni por los síntomas, ni por la intensidad y extension de la pulmonía; en la orina no había cloruros. Se le aplicaron diez y ocho sanguijuelas al sitio del dolor; dieta de caldo, infusion flor de tila dulcificada para bebida usual; tártaro emético á dosis antipiréticas.

A los cuatro dias de su estancia en la clínica habían rebajado notablemente los síntomas, persistiendo dos solamente; los esputos teñidos de sangre sin declararse completamente el color de herrumbre, y el dolor que no rebajó, como generalmente sucede en las pulmonías ordinarias, despues de la aplicacion de las sanguijuelas. Se le suspende el tártaro emético y se le deja la bebida usual y la dieta de caldo. Al sexto dia rebajan más los síntomas y se nota la broncofonia clara, así como el soplo tubulario; la fiebre es de 90 pulsaciones y 38° de temperatura, con remisiones matinales. Sigue en este estado hasta el décimo dia de estancia en la clínica que se percibe el estertor de retorno, *crepitans redux* de Laennec, y desde entónces la mejoría se inició por completo; cuarenta y ocho horas ántes el termómetro marcó la deferves-

(1) Véanse las págs. 417, 446, 497, 521, 545 y 569 del presente tomo.

encia crítica ; en los dos últimos dias la expectoracion se presenta ligeramente herrumbrosa más abundante ; se anima el enfermo , toma vino y limonada comun para bebida usual , y el dia 12 se levanta dos horas , el 13 come media racion de ternera asada , no quedándole más sintoma que algo de tos y expectoracion mucosa regular.

A los catorce dias toma racion completa con vino , y á los quince se le da el alta hallándose bien. Este caso confirma las observaciones de los prácticos , de que en la pulmonía traumática se circunscribe la inflamacion al sitio de la lesion que la ha dado origen , de que su marcha es más sencilla , su duracion menor y su terminacion generalmente favorable ; si la causa fuera un cuerpo extraño , los fenómenos serian de mayor intensidad , la marcha más lenta y la terminacion no tan satisfactoria.

Pulmonía biliosa de Stoll. Esta es otra de las variedades de la pulmonía fibrinosa , que se caracteriza , porque á los sintomas de ésta se añaden los del aparato gastro-hepático con alguna intensidad.

No todos los clinicos están aún conformes en que esta enfermedad sea una variedad de la pulmonía fibrinosa , sino que es un género aparte con sus causas , sintomas , curso , terminacion y sobre todo , tratamientos diferentes ; siguiendo en esto la opinion de los antiguos.

Dirémos aquí cuatro palabras sobre ésta , que nosotros creemos variedad , más por su historia que por el interés que hoy ofrece en la clinica. Hemos observado algunos casos de ella muy caracterizados , y en la primavera última vimos dos , cosa rara en verdad en nuestra clinica.

Si consultamos las obras antiguas que hablan de esta enfermedad , veremos que dicen reinaba epidémicamente , sobre todo en los Ejércitos , y esta es otra razon que tenemos para ocuparnos aquí de ella. La describen : Hipócrates , Diócles , Celio Aureliano y Alejandro de Tralles en la antigüedad. En la Edad Media los Arabes y en la moderna Portel , decano de la Facultad de Medicina de Caen en 1682. Entre los españoles , Cristóbal de Vega y Riquer. En la *Medicina militar* impresa por orden del Gobierno francés y redactada por Colombier , se citan algunas epidemias de pulmonías biliosas observadas en diferentes ejércitos durante los años de 1730 , 53 , 57 y 58. Stoll tambien la describe perfectamente como reinando epidémicamente en 1776 y 77 , por lo que ha merecido llevar su nombre ; á pesar de haber probado Pinel y Bricheteau (en su artículo sobre la pulmonía , publicado en el tomo 43 del Diccionario de Ciencias médicas , escrito en francés é impreso en Paris en 1820) , que Lepecq de la Cloture ya en 1763 y 64 describió perfectamente otras epidemias semejantes á las que refiere Stoll ; administrando como éste con valentia los eméticos y purgantes en una época en que se consideraban mortíferos , hasta el punto de dar lugar á un ridículo proceso (así le llama Bricheteau) que se formó á Portel , por haber sostenido una tesis en que tendía á demostrar que los eméticos y los purgantes eran el mejor remedio en esta pulmonía que él llamaba epidémica , ó perineumonía de invierno. Vamos á transcribir aquí uno de los casos que trae Lepecq de la Cloture en su obra , así para que se pueda apreciar el sabor práctico , como para que se vea si ántes de Stoll se conocía bien la pulmonía biliosa. Un hombre de treinta años , de temperamento bilioso , despues

de haber cometido algunos excesos en la mesa, fué atacado de un gran frío, que duró muchas horas, seguido de calor y dificultad de respirar, dolor de costado y esputos sanguinolentos; el segundo día tuvo recargo por la tarde con violenta cefalalgia, y el dolor lateral pasó á la parte posterior y superior del pecho; la lengua se presentaba extremadamente biliosa, la boca exhalaba mal olor, náuseas frecuentes, sudores viscosos por la noche, que la pasó muy mal. Tercer día; ligera remision durante la cual se administra un emético que produce abundantes vómitos de materias biliosas y mucosas, durante el vómito desaparece el dolor lateral, el pulso se puso mejor, los esputos se arrojan con más facilidad y son ménos herrumbrosos. Cuarto día: recargo muy intenso pero con menos calor y acritud en la piel, pulso ondulante precursor de un sudor que pronto se hizo general y duró toda la noche, al mismo tiempo la respiracion se hizo más libre, el pulso es blando y pectoral. Quinto día: poca fiebre, ligera erupcion rojiza sobre el pecho, duerme dos horas aquella noche, no hay recargo manifesto ni dolor de costado. Sétimo día: ligero sudor, expectoracion fácil de esputos naturales. Octavo día: purgante ligero, convalecencia.

Así se describía hace más de un siglo la pulmonía biliosa, y quince años ántes de que Stoll la diese á conocer. Llamamos la atencion sobre la sencillez del tratamiento, que no desdeñaría hoy el partidario más ardiente de la expectacion.

Es de notar que la frecuencia con que se presentaba esta variedad de la pulmonía desde mediados del siglo pasado hasta bien entrado el presente, haya disminuido hasta el punto de ser muy rara hoy, al ménos en el Ejército y no haber reinado epidémicamente en Europa hace más de cincuenta años. Esto podrá atribuirse á la variacion de la constitucion médica, reinante en aquella época; y á las teorías humorales dominantes entónces en las Escuelas médicas que hacían ver á los prácticos estados gastro-hepáticos en todas las enfermedades, y principalmente desde Stoll; dándolas una importancia, que hoy no les damos aún cuando no dejen de presentarse, porque son inherentes á la enfermedad y con ella se curan: ahora bien, si fuesen tan exagerados que comprendiesemos podían complicar aquélla, no los despreciaríamos, pero nunca les dedicaríamos toda nuestra atencion para olvidar el proceso pulmonar.

Dos órdenes de síntomas hemos tenido ocasion de apreciar en la pulmonía fibrinosa, que puedan considerarse como gástricos y biliosos y complicarla hasta el punto de llamar nuestra atencion. El primero se observa cuando en el curso de la pulmonía se presentan desórdenes funcionales en el estómago é intestinos, como lengua pastosa y cubierta de espesa capa saburral, náuseas ó vómitos, repugnancia hácia los alimentos y bebidas que no sean ácidas, ligero dolor á la presion epigástrica, dolores vagos en todo el vientre, y diarrea. El segundo con este mismo cuadro, más ó ménos exagerado, el tinte ictérico de las conjuntivas y de la piel, con dolor más graduado en el hipocondrio derecho que en el resto del abdómen. Cuando hemos observado el primer orden de síntomas, hemos tratado de investigar la causa, y hemos hallado siempre excesos en el régimen alimenticio que habían precedido á la invasion de la enfermedad y sorprendido, digámoslo así, al estómago é intestinos en sus la-

boriosos esfuerzos para desembarazarse del exceso de trabajo que se les había encomendado, el que suspendido daba lugar al mayor trastorno en la normalidad de la función; aquí la indicación es combatir prontamente estos síntomas para evitar complicaciones ulteriores que pueden ser gravísimas por la permanencia de esos materiales pútridos en el tubo digestivo. En el segundo, si los síntomas gástricos no son exagerados y el tinte icterico es el más notable, podrá ocurrir que la causa productora de la pulmonía haya alcanzado también al estómago y duodeno y de aquí á los conductos biliares, produciendo á la vez un estado catarral de esas vías, cuyo mecanismo fisiológico-patológico hemos explicado arriba; este estado suele durar tanto como la enfermedad principal, á pesar de emplear los medios recomendados, y nunca la complica gravemente como el anterior, al ménos en los pocos casos que le hemos observado.

Dejemos á Bouillaud y Grisolle, y á los partidarios de ambos, engolfarse en discusiones poco útiles en la práctica sobre cuándo puede llamarse pulmonía biliosa, ó con síntomas biliosos, y atengámonos á lo dicho, que se reduce á despejar la pulmonía de cualquier enemigo que pueda alterar su marcha, por insignificante que sea.

Tenian los contemporáneos de Stoll, y muchos otros más modernos, por axiomático, que la sangría en las pulmonías biliosas era fatal y todas terminaban mal; admitidas estas ideas en la época en que la escuela fisiológica comenzaba á dominar la ciencia, no nos damos una explicación satisfactoria de ellas, al ménos que no creamos, con algunos patólogos, que el afán de ver pulmonías biliosas en todas las inflamaciones del pulmón, les llevase á diagnosticar entre éstas las de forma adinámica, cuyos síntomas es bien conocido el camino que llevan, tratados por los antiflogísticos. Este dato precioso en el tratamiento de la pulmonía biliosa, parecía que había de servir como prudente aviso para el de la enfermedad en general y bajo todas sus formas y complicaciones; pero léjos de eso hemos pasado despues por una época en que se han llevado las evacuaciones sanguíneas á la exageración más absurda, viniendo por una no ménos funesta reacción á pretender curarlas *todas* con unas cucharadas de agua en que iban disueltos ilusorios átomos de materia inerte dotados de una potencia dinámica de primer orden; aquello trajo esto, y por más que parezca extraño y contrario á la lógica, tenemos mucho que agradecer á esta última reacción, que nos ha llevado á fijar nuestras miradas en la higiene y terapéutica dietética, un tanto extraviadas por el campo de la farmacología.

(*Se continuará.*)

EDUARDO PÉREZ DE LA FANOSA.



LA FIEBRE TIFOIDEA EN EL EJÉRCITO,

SEGUN LOS INFORMES REMITIDOS AL CONSEJO DE SANIDAD DEL EJÉRCITO DE FRANCIA,
EN LOS AÑOS DE 1874, 1875 Y 1876,

POR M. LEON COLIN,

Médico principal de primera clase, Profesor de la Escuela de Medicina militar
de Val-de-Grace.

CAPITULO PRIMERO.

SUMARIO: Estudio general de las epidemias observadas en el periodo trienal de 1874 á 1876.—Art. 1.º Papel de la fiebre tifoidea en la mortandad del Ejército.—Cuadro de epidemias participadas al Consejo de Sanidad.—Art. 2.º Su evolucion epidémica.—Art. 3.º Su evolucion clinica.—Art. 4.º Morbosidad.—Art. 5.º Mortandad relativa al número de enfermos (pronóstico).—Art. 6.º Mortandad relativa al efectivo.—Art. 7.º Movilidad de los focos tifoigenos ; su afinidad para ciertas regiones y guarniciones.

ARTICULO PRIMERO.

Papel de la fiebre tifoidea en la mortandad del Ejército.

Este estudio está fundado principalmente en los informes dirigidos al Consejo de Sanidad del Ejército por los Médicos de los hospitales militares y de los diferentes cuerpos de las tropas, relativos á las epidemias de fiebre tifoidea observadas en 1874, 1875 y 1876.

Se sabe cuál es el papel de esta afeccion en la morbosidad y mortandad del soldado : en el interior constituye invariablemente la causa principal de los fallecimientos por enfermedad aguda, y veremos que no está lejos de ser lo mismo en nuestra colonia de Africa, á pesar de antiguas preocupaciones.

Este papel lo sostiene hasta en las épocas de aparicion de epidemias transitorias que pesan tan duramente en la mortandad de la poblacion civil ; durante las epidemias de cólera de 1865 y 1866, en que fueron atacadas tantas ciudades con guarnicion, la fiebre tifoidea causaba en el Ejército muchas más muertes que esta última afeccion (en 1865, muertos por el cólera 575; por la fiebre tifoidea 720 ; en 1866 por la primera 258, por la segunda 501). Este predominio todavía aparece naturalmente más marcado en la epidemia colérica de 1873, porque fué además muy benigna comparada con las otras invasiones coléricas.

Es que en tiempo de paz, en las guarniciones del interior no ofrece el soldado, con relacion al cólera, sino una suma de receptividad análoga á la de cualquier otro miembro de la poblacion civil ; mientras que, respecto á la fiebre tifoidea, reinan en el ejército predisposiciones en un todo especiales, las que deben preocuparnos tanto más hoy, en que hay lugar á preguntarse si no van aumentando.

La profunda modificacion orgánica impuesta al ejército, debe en efecto

producir en su estado sanitario ciertas consecuencias que permiten prever el conocimiento de las enfermedades del soldado.

A consecuencia del nuevo sistema de reclutamiento (ley de 1872), el número de soldados jóvenes presentes simultáneamente en las filas, toma un aumento considerable, de donde se sigue el acrecimiento paralelo del número de individuos especialmente predisuestos á la fiebre tifoidea en la poblacion militar.

Tomamos de la estadística los datos oficiales de la mortandad anual en el Ejército por la fiebre tifoidea desde 1862.

AÑOS.	Muertos de fiebre tifoidea sobre 1000 hombres presentes.	AÑOS.	Muertos de fiebre tifoidea sobre 1000 hombres presentes.
1862.....	1,85	1868.....	3,08
1863.....	1,87	1869.....	2,25
1864.....	1,7	1872.....	1,46
1865.....	2,1	1873.....	2,18
1866.....	1,65	1874.....	3,00
1867.....	2,01	1875.....	3,6

Una sola mirada sobre este cuadro permite apreciar el aumento progresivo de la mortandad por fiebre tifoidea, á partir del año 1873; el número de fallecidos por esta sola enfermedad llega en 1875 á la cantidad de 1553, suma á la que aún no se había elevado desde la institucion de la estadística médica.

¿De este hecho será preciso concluir que el conjunto del Ejército está sometido en la actualidad á causas de insalubridad más considerables que otras veces, y no ver en este aumento de sus pérdidas por la fiebre tifoidea, sino la exageracion de las condiciones generadoras de esta afeccion?

Antes de formular tal conclusion, conviene desde luego tener en cuenta la variacion de gravedad de las epidemias de fiebre tifoidea, segun los años; en 1868 la mortandad fué tan considerable como en 1874. (Véase el cuadro anterior.)

Otros años anteriores á los resultados que nos suministra la estadística, probaban demasiado la receptividad de nuestro Ejército á esta afeccion; tal como el año 1853 en que el ejército de París perdió 9,34 por 1000 hombres de la guarnicion en la epidemia, cuya relacion han publicado los Sres. Begin y M. Levy. (*Recueil des memoires de Médecine militaire*, tomo XII, segunda serie.)

Sería tanto ménos racional concluir en la persistencia del aumento progresivo actual de la mortandad militar por la fiebre tifoidea, cuanto que la instalacion del Ejército se modifica, al mismo tiempo que su sistema de reclutamiento; la vida de los campamentos sustituye á la de guarnicion, sin constituir, como verémos, una garantía de inmunidad absoluta, disminuye notablemente las probabilidades de desarrollo de esta enfermedad en un gran número de nuestros regimientos; cuarteles mejor construidos se levantan en varias ciudades, en donde durante el período que nos ocupa, los ataques al Ejército habian podido referirse en parte á la insuficiencia y defectos de los locales. Podemos presentar ejemplos de esto.

Las epidemias del 5.º de línea en Caen (1874-1875), la del 4.º de húsares

en Nancy (Agosto de 1875), en parte fueron engendradas por los grandes trabajos de utilidad pública, movimiento de terrenos, construcción de alcantarillas, instalación de un nuevo sistema de limpieza de comunes, trabajos que durante su período de instalación han producido emanaciones peligrosas para los moradores de los cuarteles vecinos, pero que una vez terminados, inauguraron sin duda un período mucho más duradero de salubridad para todos los que serán llamados á ocupar los cuarteles.

Otras circunstancias enteramente transitorias han acarreado ásimismo epidemias, que no tendrán las mismas probabilidades de ulterior reaparición. La aglomeración de personas en el cuartel de Moulins por la necesidad de alojar allí, además de su habitual efectivo, al 49.º de Dragones, cuyo cuartel de Saint Etienne no estaba terminado; la aglomeración en la barraca provisional, donde se estableció momentáneamente en Bellac el depósito del Batallón de cazadores núm. 23, dependen de circunstancias de este género.

Pero especialmente, lo que importa saber para apreciar en su justo valor las sumas de la mortandad establecidas por la estadística, es que, á decir verdad, esta mortandad no es la de la totalidad del Ejército; es muchas veces exclusiva, sobre todo, á los soldados más jóvenes y los llamados recientemente á las filas. Más adelante veremos en qué proporción y por qué motivos especiales se pronuncia esta afinidad de la afección para los reclutas.

No la mencionaremos aquí sino para sacar esta conclusión: si la fiebre tifoidea es hoy más común por el hecho de la presencia actual en las filas de una proporción más considerable de jóvenes soldados, este aumento no indica en manera alguna un aumento de las condiciones de insalubridad sufridas por el Ejército; en este último caso dichas condiciones se impondrían indudablemente á todos, en un grado diferente, pero de un modo cierto; porque ante las causas tifoideas intensas, veremos disminuir, en el Ejército como en la población civil, el beneficio de la preservación de los que han pasado la edad de predilección del mal. Lo que ha aumentado no es pues la insalubridad del medio militar, sino la proporción de los que se hallan especialmente predispuestos á esta afección.

Supóngase que el número de los hijos de la clase de tropa se aumenta en una proporción considerable; sin duda alguna se justificaría el aumento simultáneo de las afecciones propias en la infancia: el croup, la difteritis, la coqueluche, sin estar autorizado á concluir que la instalación de las tropas era más favorable que ántes á la génesis de estas afecciones.

Además, si la fiebre tifoidea encuentra condiciones de desarrollo más propicias en nuestro ejército actual, porque este ejército es más joven; si tiene probabilidad de ver disminuir un tanto las afecciones especialmente propias de los soldados veteranos; he tenido ocasión en mis cursos de hacer resaltar la disminución progresiva del número de fallecimientos causados cada año por la tisis pulmonal. Mientras que esta suma ántes de 1872 oscilaba entre 2,13 y 2,15 por 1000 hombres presentes, ha bajado sucesivamente á 2,06 en 1872; á 1,87 en 1873, y á 1,47 en 1874.

Si las condiciones actuales del reclutamiento, bajo el punto de vista de la edad, son de naturaleza que favorezcan la receptividad del Ejército para la

fiebre tifoidea, ellas disminuyen, pues, esta receptividad respecto á otra afecion dominante en los soldados, la tisis pulmonal, disminucion ámpliamente compensadora, puesto que en suma, la mortandad total del Ejército continúa su movimiento de descenso progresivo.

En otro trabajo (*Morbidity militaire. art. du Dict.ency. des sc. med.*) he demostrado cuánto se exageraba el predominio de la fiebre tifoidea en el Ejército francés, y cuánto dominaba en la mortandad de las tropas extranjeras, sobre todo, en las de Inglaterra y Alemania. Me limito aquí á citar algunos hechos relativos al Ejército bávaro. Documentos exactos permiten establecer que en este último Ejército la fiebre tifoidea juega un papel patogénico más importante aún que en el nuestro, puesto que durante un período de catorce años (1855 á 1869), ha producido una mortandad de 2,8 por 1000 hombres del efectivo, mortandad casi doble de la del Ejército francés por esta misma afecion durante el mismo período (1,80 por 1000 hombres del efectivo).

También durante este mismo período la mortandad anual de las tropas de guarnicion en Munich se eleva, segun los datos de Pettenkofer, á la suma de 84 por 1000 hombres del efectivo, sólo para la fiebre tifoidea; es decir, que en Munich el soldado muere tanto de fiebre tifoidea como por el conjunto de todas las causas letíferas.

¿Perdona la enfermedad á los ejércitos de las regiones más septentrionales? ¿Es ménos comun que en Francia? Nó; las observaciones de M. Huss están tomadas de las enfermedades procedentes de los cuarteles de Estokolmo. ¿Es más rara en el Sud? Mucho ménos. Gracias á los trabajos de los médicos militares de nuestro Ejército, á los de F. Jacquot, tal vez á los míos, se tiene la prueba, no sólo de la existencia, sino también de la frecuencia de esta enfermedad en Roma donde los médicos disputaban en otras épocas hasta la posibilidad de que existiera. Es sabido que lo mismo ha sucedido en Argelia, como lo diremos más adelante (cap. 3.º). Y por último, las observaciones recogidas por los médicos ingleses demuestran diariamente la frecuencia de esta afecion hasta bajo los Trópicos.

Indicaciones por orden alfabético de los puntos en que se han observado las epidemias puestas en conocimiento del Consejo de Sanidad.

LOCALIDADES.	FECHA DE LA EPIDEMIA.	AUTORES DE LOS INFORMES.
Amiens.	Otoño de 1876.	M. Sorel.
Aubervillers.	Invierno de 1875-76.	Dautin.
Avignon.	Setiembre de 1874.	Ollier.
Bellac.	Febrero y Marzo de 1876.	Du Cuzal.
Beziers.	Otoño de 1875.	Bedoni.
Brest.	Diciembre de 1876.	J. Avon.
Caen.	1874-1875.	Ricque.
Chalons.	Enero de 1876.	Antony.
Chartres.	Octubre de 1874.	Rorca.
Chateauroux.	Diciembre de 1875.	Geniaur.
Cherbourg.	Otoño de 1876.	Aubert.
Compiègne.	Idem 1875.	Molad, Longet, Freite y Renad.
Eprenay.	Mayo de 1876.	Fauey.

LOCALIDADES.	FECHA DE LA EPIDEMIA.	AUTORES DE LOS INFORMES.
Fontainebleau.....	Octubre de 1874.....	Desmonceaux, Bolasd.
Givet.....	Mayo de 1876.....	Libermann.
Issoudun.....	Noviembre y Diciembre 1873.	Fournier.
La Calle.....	1875-76.....	Bergè.
Laval.....	Otoño de 1874.....	Pesenatd.
Le Mans.....	Invierno de 1875-76.....	Corubier.
Longwy.....	Julio y Agosto de 1873.....	Bouchet.
Lons-le-Saunier....	Agosto 1874.....	Blin.
Lyon.....	Primavera de 1874.....	Marmy, Dussourt, Atix, Morand y Annequin.
Macon.....	Mayo de 1876.....	Bourneria.
Mansourah.....	Estío de 1876.....	Blanc.
Mascara.....	Idem de 1873.....	Marvaud.
Manbeuge.....	[Febrero de 1876.....	Sculfort.
Melun.....	Primer semestre de 1876....	Madamet.
Montauban.....	Agosto de 1874.....	Cotte.
Montbeliard.....	1875-76.....	Martenot de Cordoue- Jeanmaire.
Moulins.....	Diciembre de 1873.....	Ferra.
Nancy.....	1874-75.....	Dago, Denoix, Gerard.
Nantes.....	Primavera de 1873.....	Guirard.
Orleans.....	Marzo de 1873.....	Carayon.
Paris.....	Otoño de 1876.....	Molard, Colin.
Perpignan.....	1873.....	Meunier.
Pontgouin (campo).	Otoño de 1874.....	Fropo, Renard, Roques, Roux, Douillot, Reg- nier.
Rambouillet.....	Otoño de 1874.....	Viry.
Rennes.....	Primer trimestre de 1876....	Roudet.
Salinas.....	Estío de 1873.....	Blin.
Satory.....	Otoño de 1876.....	Nolle.
Tarbes.....	Invierno de 1875-76.....	Doumont de Sournac.
Toulouse.....	Octubre de 1873.....	Constantin.
Troyes.....	Primavera de 1876.....	Weill.
Versalles.....	1874-75.....	Fropo.
Vincennes.....	Estío de 1874.....	Masse, Delon, Perreon, Le Pelletier, Cheurlor, Guillemin, Lauza.

Nos hemos aprovechado asimismo de una tesis importante del M. Peria, que se ocupa de la epidemia de la guarnicion de Tarascon durante el verano de 1874. (*Theses de Montpellier, 1874*).

ARTICULO II.

Evolucion epidémica.

Los informes relativos á dicha epidemia no siempre están contestes bajo el punto de vista del principio de la misma; segun unos se manifestó de repente, sin presentar esa faz inicial caracterizada por el embarazo gástrico, postracion, fiebres remitentes ó continuas, etc.; segun otros, el desarrollo epidémico fué por el contrario progresivo, y la fiebre tifoidea no apareció sino como el término final de una transformacion gradual de la constitucion médica. Esta diversidad de apreciacion es fácil de comprender en muchos casos; los Médicos de los regimientos que asisten desde el principio de la epidemia, observan las más veces cierto número de afecciones, que las constituyen como la

faz prodrómica, afecciones demasiado benignas para motivar el pase á los hospitales, y que, por consiguiente, no pueden observarlas los Médicos de estos Establecimientos; así es que hemos tenido en cuenta para cada epidemia todos los documentos recibidos por el Consejo de Sanidad; habiendo podido así justificar con frecuencia la realidad de esta faz prodrómica, hasta en varias circunstancias en que el principio de la epidemia se había considerado como ofreciendo una aparición repentina en un todo anormal.

En la mayoría de los informes no se menciona como signo patológico precursor de la epidemia, sino el embarazo gástrico, postracion febril, accesos de fiebre mal determinados. Es sabido que esta es la regla habitual de la aparición de las epidemias de fiebre tifoidea. No nos detendremos, pues, en esto, limitándonos á hacer notar que la enfermedad ha comenzado así, sobre todo en las circunstancias en que la epidemia se desarrollaba, sin que nada revelase la intervencion de un foco infectante, especialmente activo.

En otras ocasiones la explosion de la epidemia se ha contrapuesto bruscamente con las condiciones anteriores del estado sanitario; las enfermedades premonitorias fueron, ó malas, ó insignificantes, ó diferentes del todo en su naturaleza de las que habitualmente se observan al principio de estas epidemias; en la mayoría de estos casos ha parecido que el mal dependía de influencias morbosas caracterizadas con claridad, especialmente por la actividad excepcional de uno ó varios focos infectantes. (Las cloacas en Lyon 1874, y en Nancy 1875; los focos de Vincennes en 1874, etc.).

Tal fué, por ejemplo, la epidemia que ocurrió en la guarnicion de Vincennes en el verano de 1874, y que ha principiado efectivamente en un día fijo, el 27 de Julio. Dos médicos de esta guarnicion mencionan, sin embargo, una ligera modificacion anterior del estado sanitario de sus Regimientos. Segun M. Delon el 32.º de Artillería, que tanto debía sufrir con esta epidemia, desde principio del mes de Julio había presentado algunos embarazos gástricos, cuya aparición es cierto que no tenían nada de particular, atendiendo á las condiciones de la temperatura, tan elevada como la del mes de Julio de 1874. Lo mismo fué en el 12.º de Artillería, segun su Médico mayor M. Pelletier. Nuestros dos compañeros hacen además resaltar perfectamente el brusco cambio sufrido á fin del mes en el estado sanitario de sus Regimientos, y cada uno de ellos desde el 27 de Julio, fecha de la invasion comun de la guarnicion de Vincennes, envió al hospital un número considerable de atacados de fiebre tifoidea.

El informe de M. Lauza indica perfectamente este brusco ascenso de la epidemia. Desde el 1.º de Julio, cuando el número medio del total de entrados en el Hospital militar era de cinco por día, se elevó á

41 el 27 de Julio.	33 el 31 de Julio.
45 el 28 —	77 el 1.º de Agosto.
48 el 29 —	64 el 2 —
28 el 30 —	64 el 3 —

Del mismo modo ha sido la epidemia de la guarnicion de Tarascon, principiando bruscamente el 4 de Julio de 1874, sin modificacion anterior señalada en la constitucion médica de la guarnicion.

Tal fué la epidemia que el 19 de Agosto de 1873 en Nancy atacó al 4.º de Húsares como un rayo, dice M. Daga; se pudo creer en un envenenamiento.

Tal fué, por último, la que estalló el 19 de Agosto de 1874 en la guarnición de Lons-le-Saunier, motivando el ingreso de doce enfermos en el hospital, desde los tres primeros días de esta explosión. (*Informes de M. Blin.*)

En Lyon la aparición de la fiebre tifoidea en 1874 fué precedida nó de las indisposiciones premonitorias habituales, sino de una afección mejor determinada, y tal vez en relación ella misma, ya con la causa que iba á producir esta aparición. El Sr. Inspector Marmy, entónces Médico en Jefe del Hospital militar de dicha ciudad, ha insistido acerca de la frecuencia en los primeros días de Marzo de 1874, de pneumonías tifoideas, cuya suma se elevó á cerca de sesenta y tres durante este mes. A fin de Marzo, las pneumonías se hicieron más raras y la fiebre tifoidea se presentó con sus síntomas clásicos, y desde los primeros días de Abril el número de entrados aumentó en proporciones considerables.

Al lado de los hechos precedentes en que la repentina aparición de la epidemia se ha atribuido á influencias miasmáticas de una actividad excepcional, cuyo origen indicaremos en el capítulo consagrado al estudio de las causas (cap. III); hay otros en que veremos esta brusca iniciación aparecer tan evidente, áun cuando sea muy embarazoso precisar el punto de partida del mal.

El período inicial de la epidemia en las tropas que regresaban del campo de Pontgouin en Octubre de 1874, fué muy corto. Segun el informe de M. Roux la fiebre tifoidea no se declaró oficialmente en Chartres en los soldados del 2.º de Dragones, apénas vueltos de este campo, sino el 8 de Octubre de 1874; es cierto, que desde 1.º de este mes accesos febriles, embarazos gástricos numerosos anunciaban un cambio en la constitución médica; pero estas indisposiciones encubrían ya el mal mismo, porque en dos hombres que habían necesitado ya ser enviados al hospital del Campo, y cuya enfermedad, desconocida al principio, se tomó por una fiebre intermitente, la evolución probó que se trataba de una fiebre tifoidea.

Del informe de M. Regnier acerca de la epidemia de Pontgouin, parece resultar también que la mayor parte de los embarazos gástricos del principio no eran otra cosa que la iniciación de la fiebre tifoidea misma, cuyo diagnóstico en último resultado no se estableció en general sino al cabo de algunos días.

Segun M. Renard el 3.º Batallón del 401, con 405 hombres, salió de Pontgouin el 6 de Octubre para Laval, adonde llegó el 13 siguiente, dejando veinte hombres en los hospitales que encontraba por el camino, y enviando por el ferro-carril á Laval treinta y nueve enfermos: esto era ya indicio de que la epidemia se hallaba desarrollada. El principio rápido de ella resalta asimismo del movimiento sucesivo de los enfermos en los diferentes regimientos, movimiento en que se ve faltar absolutamente el período de aumento inicial. Los datos numéricos de M. Roux acerca de este particular son todavía más concluyentes.

Así en Chartres, en el 2.º de Dragones, noventa enfermos entran en el hospital, cincuenta y cuatro desde el 1.º de Octubre de 1874; diez y nueve en Noviembre; diez en Diciembre; dos en Enero.

En la epidemia de que fueron atacados desde su llegada á Satory, en Octubre de 1875, dos Batallones del 24.º de línea que habían pasado el mes de Setiembre anterior en el campo de Appville, M. Nolle señala igualmente la instantánea aparición de los primeros casos de fiebre tifoidea. Desde el primer mes, el 24.º de línea, ciento siete hombres (de un efectivo de seiscientos), son atacados de la enfermedad. Como en las tropas que volvieron de Pontgouin, el *acmé* epidémico se manifestaba desde el principio. Como en estas tropas el estado sanitario del campo de Appville había sido perfecto; pues de 8.500 hombres que tomaron parte en las grandes maniobras durante los veintiocho días que duraron, no hubo sino un número insignificante de enfermos atacados de afecciones que pudieran ofrecer algunas relaciones más ó ménos lejanas con la fiebre tifoidea (treinta y cinco casos de embarazo gástrico y treinta y cinco casos de fiebre, ya intermitente, ya de tipo indeterminado). Así es que desde 1.º de Octubre de 1875, día siguiente al de la llegada á Satory del 24.º Batallón de línea, al que se hallaba destinado M. Nolle como ayudante mayor, sólo cinco hombres de este regimiento envió al hospital atacados de fiebre tifoidea característica.

A estas explosiones repentinas, legítimamente se pueden unir la instantaneidad de ciertas recrudescencias en las guarniciones atacadas en periodos más ó ménos largos, pero en un grado relativamente moderado. Tal fué la recrudescencia autumnal, que principió en día fijo, el 24 de Octubre de 1876, en la guarnición de París, y que señalamos así en nuestro informe: «Segun los hechos observados en Val-de-Grace, la recrudescencia de la epidemia tifoidea durante el trimestre de 1876 difiere notablemente por la rapidez de su extension y declinacion, y por haberse generalizado en seguida en todos los cuerpos de la marcha habitual de esta endemia en la guarnición de París. Durante las tres primeras semanas del mes de Octubre, no entraron en el hospital sino ocho enfermos atacados de esta afección, enfermos que en su mayor parte pertenecian al 18.º de Dragones, acuartelados en el muelle de Orsay; el mal estaba localizado en algunos cuarteles. El 24 de Octubre es cuando comienza el movimiento ascendente de la epidemia, movimiento tan brusco que el número total de entrados se eleva á cuarenta en los ocho primeros días (del 24 al 31 de Octubre). Si concedemos una decena de días al periodo de incubacion y á los síntomas iniciales á los primeros que ingresaron en el hospital, los del 24 de Octubre, es probable que las condiciones de infección ó contagio que arrastraban la recrudescencia del mal, se habia establecido del 10 al 15 de Octubre, para conservar el mismo grado de intensidad hasta el 20 ó 25 del mismo mes.» (*Leon Colin. Informe citado*).

Por su parte, M. Molard señalaba la entrada en el hospital de Saint-Martin en este mismo periodo del 24 al 31 de Octubre de 1876, los setenta y un casos de fiebre tifoidea suministrados por otros diferentes cuarteles de París.

En estas circunstancias la declinacion epidémica, por su rapidez, corresponde á la de su ascenso.

En otros casos la evolucion ha sido de una lentitud extrema y la persistencia de la afeccion ha sido comparable á la tenacidad de una endemia. Indagaremos las razones de ello al estudiar en el art. 7.º de este capítulo la afinidad de la afeccion para ciertas guarniciones.

(Se continuará.)

(*Recueil de Mem. de Med. et de Chir. militaires.*)

DE LAS COMPLICACIONES PULMONALES

EN LA ESTRANGULACION DE LAS HERNIAS

POR M. P. BERGER.

En la sesion que celebró la Sociedad de Cirujía de Paris el 3 de Mayo de 1871, el profesor Trelat dió cuenta de una observacion recogida en su clínica referente á un hombre atacado de una hernia estrangulada, que despues de habérsela reducido murió con los fenómenos singulares de cianosis, hallándose en la autopsia el enfisema de sus pulmones. En la discusion que motivó este caso, el profesor Verneuil contó la historia de varios enfermos atacados de la hernia estrangulada que él había operado y observado, y en los cuales la muerte había sobrevenido por congestion pulmonal, cuya aparicion parecia poder atribuirse á la estrangulacion. Recordando en aquellos momentos las ideas que había emitido en 1869. (*Des causes de la mort rapide dans les affections chirurgicales. Gazette heb., núms. 22, 23 y 43, 1869*), M. Verneuil insistía particularmente en la frecuencia y gravedad de las lesiones pulmonales que complican la estrangulacion herniaria, sobre todo en las personas que presentan una predisposicion marcada de lesiones viscerales anteriores, afecciones pulmonales crónicas, cardíacas, cirrósís, alcoholismos, etc.

En 1873, en la sesion de 7 de Febrero de la Sociedad anatómica, referí un hecho que confirmaba en todas sus partes las ideas de este profesor, y poco despues varios hechos nuevos del mismo género se publicaron en la tesis de Mr. Ledoux, discípulo de Mr. Verneuil. (*De la congestion pulmonaire comme complication de l'etrangement herniaire. Paris, 1873.*) Asimismo el año pasado, en la sesion del 12 de Julio, leí aquí historias de estrangulaciones graves acompañadas de fenómenos nerviosos, y cierto número de casos seguidos de complicaciones torácicas. Por último, Mr. Carville (*Société anatomique, Bull. 5.ª série, tom. VII, pág. 118*), ha comprobado la existencia de congestiones pulmonales en perros, en los que había practicado la ligadura de un asa intestinal; y yo he observado no sólo congestiones, sino tambien infartos y focos hemorrágicos en animales sometidos al mismo orden de experimentos. (*Arch. gen. de médecine. Agosto, 1876*). No ignoro que experiencias análogas, comunicadas por el Dr. Tenillon á la Sociedad Biológica, prueban que no pudo obtener resultados semejantes.

A pesar de que este asunto no presenta el atractivo de la novedad, sin embargo, el exámen de los órganos torácicos no ocupa el lugar que debía cuando se trata de apreciar los signos, de prever la marcha y de establecer el tratamiento de una hernia estrangulada. En su consecuencia, creo útil comunicar la observacion siguiente, en la que no puse la atencion debida por la falta de todo signo aparente, hasta el momento en que la complicacion, latente en cierto modo hasta entónces, se hizo manifiesta, pero demasiado tarde para que se pudiese modificar su marcha y contener su rápido agravamiento.

OBSERVACION.

Estrangulacion de una hernia crural intestino-epiploica irreducible hacia tiempo. Desbridamiento. Muerte de bronco-pneumonia: bronquitis crónica y enfisema anterior á la estrangulacion.

El 3 de Abril, despues del medio dia, se pasó á las salas del profesor Verneuil, al que yo suplía en la Piedad, una enferma que hacia varios dias ocupaba una cama en la sala de medicina. Esta paciente tenia cincuenta y tres años de edad; estaba débil y delicada; hablaba mal el francés, y su inteligencia era limitada. Se le habia considerado como atacada de bronquitis crónica y enfisema. Presentaba en la ingle izquierda un tumor doloroso, asegurando que no se reducía. Sólo al cabo de algunos dias, sin que nunca se hubiesen presentado vómitos, sino estreñimiento pertinaz y meteorismo, que aumentándose cada vez más llamaron la atencion. Apénas ingresó en la sala de cirujia, vomitó materias intestinales, y esos vómitos continuaron desde entónces casi sin interrupcion, hasta durante la operacion, que efectuó Mr. Lucas Championniere á las diez de la noche.

Este operador encontró el saco lleno de una masa considerable de epiplon adherido á su cara interna; al desenvolverlo notó un asa intestinal situada profundamente, cuya superficie estaba unida al epiplon por fuertes y antiguas adherencias. Mr. Lucas Championniere trató de destruirlas, pero despues de haberlo conseguido en cierta extension, tuvo que detenerse en su proceder ante el notable flujo sanguíneo que producian sus tentativas. No teniendo esperanzas de practicar la reduccion, Mr. Lucas Championniere desbridó ámpliamente y en varios puntos el cuello del saco, y despues de haber introducido por detras una ligadura hecha con cagut al ácido crómico, pudo quitar el epiplon, é introdujo el asa adherida cuanto le fué posible en la cavidad abdominal por el trayecto herniario. La herida exterior se reunió por tres puntos de sutura, dejándose su ángulo inferior abierto para dar paso á un tubo de drenaje que penetraba hasta el fondo del saco herniario. Se cubrió toda la region con yesca empapada en una solucion de ácido fénico á 40°, tafetan de goma y algodón.

Al dia siguiente (4 de Abril), la enferma está muy debilitada; los vómitos cesaron al terminar la operacion, pero no rigió de vientre ni expulsó gases por el ano. El vientre está medianamente abultado, flexible y sin ningun dolor.

El 5 de Abril se levantó el apósito; la herida y sus contornos presentan

poca hinchazon y reaccion inflamatoria; el vientre está flexible; los gases han salido por el ano en gran cantidad; la temperatura no llega á 38°.

Por el contrario, al día siguiente (6 de Abril), hay una gran elevacion de temperatura (39°,9), á pesar de las evacuaciones abundantes que se han hecho. Las inmediaciones de la herida están tumefactas y dolorosas; quito los puntos de sutura, atribuyendo á los fenómenos locales la fiebre que existe. A las preguntas que se hacen á la enferma, responde que no siente opresion; no se le ha oido toser.

La administracion del sulfato de quinina hecha desde la tarde, produce un descenso notable de la temperatura; pero el 7 de Abril, áun cuando no excede de 38°,5, la enferma aparece muy debilitada. La hago sentar con cuidado, y la auscultacion revela estertores húmedos abundantes en la parte posterior de los pulmones, y además en el derecho un punto en que se percibe el sopló tubulario, y la resonancia broncofónica de la voz. Por la parte anterior, la respiracion ningun carácter estetoscópico anormal. No obstante de la aplicacion al pecho de numerosas ventosas secas, y de propinársele grandes dósís de alcohol, á las que se había recurrido desde la víspera, la enferma murió sobre las cinco de la tarde.

La *autopsia* practicada el 9 por la mañana hace reconocer una hernia crural; el saco engrosado, cuyo cuello fibroso y relativamente estrecho presentaba las huellas del desbridamiento. Detras del epiplon, que se hallaba aún en el saco, estaba un asa intestinal completa, cuyo color demostraba que se había estrangulado. Este asa, situada en el anillo crural, estaba adherida al epiplon en una gran parte de su superficie; estas adherencias eran fibrosas, muy antiguas, pudiéndose notar en ellas algunos vasos. Además el intestino no presentaba ninguna lesion grave reciente; su mucosa estaba intacta, áun cuando congestionada al nivel de los puntos en que debió ejercerse la constriccion. El peritoneo no presentaba signos de inflamacion, ni contenía líquido. Los dos extremos del intestino y epiplon estaban adheridos íntimamente al rededor del orificio herniario.

Pero los pulmones enfisematosos, en toda su parte anterior, presentando por detras una congestion intensa completa. El pulmon izquierdo aún crepitaba, á pesar de hallarse lleno de sangre; el derecho, hepatizado en gran parte de su extension, obteniéndose por la presion que saliese un líquido purulento por los cortes, materia que se encontraba igualmente en los bronquios. La extension y gravedad de estas lesiones indicaban claramente que habian sido la causa de la muerte.

Esta observacion es un ejemplo de esos casos dificiles que se hallan en la práctica. Las adherencias que unian el epiplon y el asa intestinal herniada, eran de aquéllas que no pueden ceder sino á una diseccion minuciosa, arrastrando una resudacion sanguínea notable por la superficie del intestino. Monsieur Trelat, en dos casos parecidos cuyas historias participó á la Sociedad de Cirujía en la sesion de 12 de Abril de 1871, ántes de efectuar la reduccion tuvo que detener la efusion de sangre tocando las superficies cruentas ya con per-

cloruro de hierro, ya cauterizándolas con un estilete enrojecido. En el primero de estos casos, el intestino no pudo reducirse sino al cabo de veinte minutos; en el segundo, despues de tres cuartos de hora. Es cierto que los dos enfermos curaron, pero el inconveniente de dejar el intestino expuesto al aire por tanto tiempo, el temor de ver reproducirse la hemorragia despues de la reduccion, parecia marcaban la conducta que siguió con éxito Mr. Lucas Championniere; porque áun cuando el intestino no se redujo, se restableció el curso de las materias y en la autopsia no había señales de peritonitis.

Esta falta de complicaciones locales merece notarse tanto más, cuanto que la hernia contenia una porcion considerable de epiplon, que debió ser resecada. ¿Debería atribuirse la falta de peritonitis al uso de la ligadura con el catgut y á la cura antiséptica empleada por Mr. Lucas Championniere? Sería aventurado contar esto, y por lo tanto se debe tener en cuenta la cura que ha seguido en la apreciacion del feliz resultado local de una operacion practicada en condiciones las más desfavorables.

Pero lo que importa sobre todo hacer notar, son las circunstancias en las cuales sobrevino la complicacion que causó la muerte.

Esta mujer estaba atacada de una afeccion crónica de los pulmones, como autorizan á afirmarlo el diagnóstico formado en la sala de medicina en que estuvo tratándose, así como las lesiones y el enfisema observados en la autopsia.

Durante los primeros dias de la estrangulacion, y áun durante las cuarenta y ocho horas que siguieron á la operacion, dicha lesion permaneció muda en cierto modo. La enferma no presenta dispnea, ni tose, ni la temperatura demuestra aumento en la calorificacion. Pero al cabo de este tiempo, la temperatura se eleva, aparece la dispnea y todos los sintomas que motivan el exámen físico del aparato respiratorio. Este demuestra la invasion de una bronco-pneumonía á la cual sucumbe la enferma al cabo de treinta y seis horas, á pesar del uso de los revulsivos aplicados con profusion y del alcohol á altas dosis.

Si se consultan las observaciones comunicadas por Mr. Verneuil á la Sociedad de Cirujía, las contenidas en la tesis de Mr. Ledoux, en fin, las que he publicado en un trabajo inserto en los Boletines de esta Sociedad, se verá que las más veces, cuando pasan algunos dias despues de la operacion de la queletomia, es cuando los fenómenos funcionales y el estado general llaman la atencion acerca de las complicaciones pulmonales. Es por tanto preciso admitir que ésta sigue una marcha insidiosa, y que ántes de estallar permanece probablemente varios dias en estado latente. La marcha grave que con gran rapidez presenta la afeccion torácica en la mayor parte de los casos, la inutilidad de los medios dirigidos contra ella, hacen resaltar todo el interés que requiere preverla, ó cuando ménos reconocerla ántes que la agravacion del estado general venga á ponerla de manifiesto. Así una condicion importante que juega un papel evidente en el desarrollo de esta complicacion, debe hacer temer su invasion, y tal vez podría permitírsele apreciarla desde su principio. Quiero hablar de las lesiones viscerales anteriores, cuya frecuencia ha sido expuesta por Mr. Ledoux en su tesis; principalmente las afecciones del pulmon y bron-

quios, en donde se van á fijar la congestion é inflamacion, bajo el influjo de la estrangulacion, en cierto modo *in loco minoris resistentiæ*.

Creo, pues, que siempre que haya que tratar una estrangulacion herniaria en un sugeto en el cual pueda sospecharse la existencia de una afeccion más ó ménos antigua del aparato respiratorio, el cirujano deberá más que de ordinario fijar su atencion en el modo de funcionar de estos órganos, averiguar minuciosamente su estado y los signos que pueden revelar la alteracion de ellos, é interrogar sobre todo el número de las inspiraciones. Si este examen presenta alguna duda, no obstante del inconveniente que pueda haber en hacer ejecutar al operado un cambio de posicion en el cual se tendrán todos los miramientos posibles, no se deberá aguardar para recurrir á los signos estetoscópicos que la dispnea, la tos, la cianosis, indiquen un estadio avanzado de la complicacion, con el cual el cirujano se verá reducido á emprender un combate muy desigual.

(Bulletin et Memor. de la Société de Chirurgie de Paris.)

REVISTA TERAPÉUTICA (1)

POR EL CABALLERO MARCOS PEDRELLI,

PROFESOR DE TERAPÉUTICA.

Bromhidrato de quinina. El profesor Leon Dardenne ha empleado el susodicho bromhidrato en la fiebre palúdica como la cita Mauricio; dándole en inyecciones bajo esta fórmula:

Bromhidrato de quinina.	1 gramo.
Acido sulfúrico diluido.	6 gotas.

ó bien: Acido tártrico 50 gramos y agua destilada 10 gramos. Diciendo el profesor Dardenne: 1.º que de todos los febrifugos proclamados por la ciencia, no hay uno más eficaz y enérgico que el bromhidrato de quinina. 2.º Este nuevo agente es superior al sulfato, porque sus efectos fisiológicos (embriaguez quinica) son mucho más débiles y con frecuencia nulos en ciertos enfermos. 3.º Que gozando de una accion sedativa é hinóptica preciosa, se puede utilizar en las personas nerviosas y en las cuales sus accesos van acompañados de delirio y agitacion convulsiva. 4.º En inyecciones hipodérmicas no daña al tejido celular que lo recibe, si se tiene cuidado de no inyectar por la misma juntura sino una sola jeringuilla. 5.º El bromhidrato *ácido* de quinina por inyeccion subcutánea se ha mostrado tan inofensivo como el bromhidrato *neutro*, segun la fórmula aconsejada por Gluber. 6.º Es indispensable que el instrumento esté muy limpio cada vez que se emplee, y que la solucion se halle preparada recientemente. 7.º En inyeccion hipodérmica su accion es más poderosa, más segura y rápida que en las otras formas de administrarlo, y por esto el autor lo considera un agente precioso contra los accesos perniciosos. 8.º Administrado en pocion el nuevo febrifugo tiene una accion más manifies-

(1) Véanse las págs. 557 y 578 del presente tomo.

ta que en la forma pilular. 9.º Dado hasta en dosis considerables, 2 gramos, 45 centigramos en veinticuatro horas, el bromhidrato de quinina no produce la más ligera irritacion en la mucosa gástrica del enfermo: y es claro que este no hubiera tolerado una dosis igual de sulfato de quinina. 10.º Dado al principio del frio hace abortar el acceso. 11.º Ha parecido muy eficaz en dos casos propinado una hora ántes del acceso. 12.º El bromhidrato básico es un preparado farmacéutico precioso para las personas que, habiendo abusado del sulfato de quinina, no pueden tomarlo sin provocar una irritacion nerviosa al estómago, cabeza y corazon. 13.º Dió, por último, excelentes resultados en ciertas constituciones, en las que el sulfato de quinina, despues de haber triunfado por algun tiempo, pareció haber perdido su propiedad antiperiódica.

Bromo. Del mismo modo que las membranas del croup se diluyen en una solucion de bromo y bromuro de potasio más pronto y mejor que en otra cualquiere sustancia empleada en el tratamiento de la difteritis, por eso Schultz usó el bromo en inhalaciones en el proceso diftérico y crupal, sirviéndose de una solucion de bromo puro y bromuro de potasio (añ 0,30 gramos) en 150 gramos de agua destilada. En esta solucion se moja una esponja, y se introduce en un embudo de papel, aplicándolo á las narices y boca, como se hace para las inhalaciones del cloroformo, repitiéndose ésta cada media hora por cinco ó diez minutos. El olor del bromo es tolerado fácilmente hasta por los niños, atendida su disolucion. Debe tenerse el preparado bien tapado y en la oscuridad, por su propiedad de volatilizarse y alterarse bajo el influjo de la luz.

El Dr. Ozanam ha publicado en la *Gaceta de Hospitales* las ventajas obtenidas con el bromo en el croup, y aconseja su uso del modo siguiente :

Bromuro de potasio.	} añ 40 centigramos.
Bromo puro.....	
Agua destilada.....	100 gramos.
Mézclese.	

Resulta un líquido de color de ámbar y se administra en un vehículo gomoso á la dosis de una á cinco gotas hasta treinta en el dia, segun la edad y tolerancia del paciente.

Esta dosis se da como agente curativo; como preservativo de tres á seis gotas por dia, y como desinfectante en caso de epidemia de este modo: Bromo puro, de dos á cinco gotas vertidas en un plato con agua comun, quitándolo de noche, porque en una habitacion cerrada podria molestar y perjudicar.

Este es el método de Ozanam que Schultz quiere hoy hacer revivir como suyo, y que el intervalo de diez y ocho años no ha hecho olvidar al redactor de la presente revista.

Cianuro de zinc. Lutow anunció la curacion de una enferma de esciática y de otra con neuralgia trifacial, con fiebre y delirio. Esta última durante el curso de una recidiva de reumatismo articular agudo, se vió acometida de la neuralgia facial con fenómenos cerebrales, simulando un reumatismo cerebral. La curacion fué rápida gracias al uso del cianuro de zinc administrado del modo siguiente :

Cianuro de zinc.	0,20 gramos.
Agua destilada de laurel cerezo.	25,00 id.
Pocion gomosa dulcificada.	100,00 id.

Mézclese para tomar una cucharada cada hora.

El Dr. Lutow recuerda que en 1876 indicó los felices resultados de esta medicacion en el reumatismo articular agudo. Recuerda, por ultimo, que los cianuros son medicamentos fugaces, los cuales pasan en el organismo al estado de ácido cianhídrico, eliminándose por la respiracion.

Los Doctores Leln y Lugan recomiendan la pocion ciánica siguiente :

Cianuro de potasio y zinc.	0,07 gramos.
Agua destilada.	100,00
Jarabe simple.	30,00
Alcohol de menta.	5 gotas.

Para tomarlo á cucharadas en las veinticuatro horas en el reumatismo agudo.

Cloral. Víctor Lomuller asegura que á causa de la causticidad que posee esta sustancia, no es adaptable bajo la forma de inyeccion hipodérmica; por esto sólo se ocupa de su aplicacion externa.

Úlceras simples. Se debe á See el conocimiento de las ventajas que la cirujía puede obtener del cloral en la cura de la úlcera simple. Bajo su influencia ésta adquiere un aspecto rojizo y los mamelones carnosos vigorizados segregan un pus de buena calidad. Erasmo Paoli, Cusco, Panas y Lúcas, lo usan diariamente con el mejor resultado como tópicó en las úlceras simples.

Úlceras atónicas. Es un detergente, pero tanto en éstas como en las simples conviene usarlo en solucion de 1 por 100. El Dr. Lúcas no cura de otro modo las úlceras varicosas inveteradas. El Dr. Vallin de Val de Grace, emplea el mismo medio para obtener la curacion de las úlceras atónicas que padecen con frecuencia los marinos y soldados de los países cálidos. La fórmula es esta:

Hidrato de cloral.	1 gramo.
Glicerina.	30
Agua	50

Mézclese.

Afecciones de naturaleza estrumosa. En el lupus el cloral lo ha empleado con ventaja Crequy y Dujardin-Beaumetz.

Enfermedades venéreas y sifilíticas. El Dr. Francisco Acetella fué el primero en usar el cloral contra las ulceraciones sifilíticas con brillante éxito.

Hidrato de cloral.	1 gramo.
Agua destilada.	20

Mézclese.

Curaciones tambien rápidas las observaron Dujardin Beaumetz, Coigniard, Mauriac, Cadet de Gassicourt.

Enfermedades de la piel. En 1872 se aconsejó en América contra el eczema empleado despues por Fereol, Vidal, Martineau, éste lo usó en la pitiriasis, haciendo lociones con la siguiente solucion :

Agua.....	500 gramos.
Hidrato de cloral.....	25
Licor de Van Swieten.....	100
Mézclese.	

(Se continuará.)

(Revista clínica di Bologna.)

ESTUDIOS ACERCA DEL SERVICIO DE SANIDAD EN EL EJÉRCITO RUSO.

Organizacion del Cuerpo de Sanidad militar.

(Continuacion.) (1)

3.º Organizacion del servicio de Sanidad en ejército movilizado.

Para completar el estudio de los órganos superiores del servicio de Sanidad en Rusia, nos queda por examinar el modo como estos órganos funcionan en el Ejército movilizado. Aquí tambien hallamos esta organizacion de un servicio único dividido en dos ramas paralelas; la médica y la del servicio de suministros. La primera la representa el Médico en Jefe del Ejército; la segunda el Inspector de hospitales del mismo, dependiendo los dos del Jefe de Estado mayor del Ejército, del mismo modo que los del servicio de correos, comunicaciones, etc.

Siendo responsable el Jefe de Estado mayor del Ejército del estado sanitario de las tropas, puede tomar todas las medidas y reclamar todos los recursos que necesite. Para determinaciones mas importantes consulta con un consejo, en cuya composicion entran el Médico en Jefe y el Inspector de los hospitales, y segun los casos el Intendente y tambien otras personas.

Los Jefes de todos los servicios subordinados al Jefe de Estado mayor, deben suministrar á este último todas las noticias relativas á su servicio. Por su parte el Jefe de Estado mayor les comunica verbalmente ó por escrito todas las disposiciones del General en Jefe.

1.º—Médico en Jefe del Ejército.

El Médico en Jefe del Ejército es secundado por una *direccion*, denominada Direccion sanitaria, como las de las circunscripciones, y se compone; 1.º de un Médico adjunto; un Farmacéutico adjunto; un Cirujano en Jefe del Ejército; un Veterinario en Jefe del Ejército; de una chancilleria y de un personal subalterno.

(1) Véanse las páginas 524 y 589 del presente tomo.

En la direccion sanitaria están centralizadas: 1.° las disposiciones generales que se ocupan (a) de las medidas higiénicas y de policia sanitaria; (b) de aprovisionamiento de medicamentos é instrumentos de cirujía para los cuerpos y hospitales de campaña; 2.° de las disposiciones generales que deben tomarse para la ejecucion del servicio; 3.° de la direccion del personal.

De la direccion sanitaria del Ejército dependen: 1.° las direcciones sanitarias territoriales de las circunscripciones militares que hacen parte del teatro de la guerra y que están subordinadas al General en Jefe del Ejército en campaña. 2.° Los Médicos en Jefe de los cuerpos de Ejército y de los destacados. 3.° El Médico del gran cuartel general. 4.° La Farmacia movilizada del Ejército, la reserva de instrumentos y el taller móvil de los instrumentos de cirujía. 5.° Los almacenes temporales de medicamentos organizados á retaguardia del Ejército. 6.° Una reserva del personal (Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos y *Feldschers*).

El Médico en Jefe del Ejército es el jefe directo de todo el personal médico que funciona en el teatro de la guerra, en tanto que él está subordinado directamente al Jefe de Estado mayor. Su deber esencial es hacer concordar las disposiciones tomadas por él respecto al servicio médico con las del Inspector de hospitales tocante al servicio administrativo; por eso deberá estar en constantes relaciones con el Jefe de Estado mayor y el Inspector de hospitales.

El primer deber que tiene que llenar el Médico en Jefe tan luego como sea nombrado, consiste en *organizar* el servicio de sanidad en campaña. A este efecto recibe del Ministro las noticias concernientes: 1.° al personal del servicio de Sanidad existente en los cuerpos del Ejército, en los hospitales de campaña ó las reservas; 2.° el número de hospitales movibles y temporales y de las farmacias movibles destinadas al Ejército; 3.° la cantidad de medicamentos, instrumentos de cirujía y objetos para las curas existentes en el Ejército movilizad o en el teatro de la guerra.

Al mismo tiempo recibe de los Médicos inspectores de las circunscripciones: 1.° las noticias ya tomadas en vista de las operaciones militares; 2.° indicaciones relativas á la estadística y topografía médicas de las localidades existentes en el radio del teatro de la guerra.

Segun estas noticias y despues de haber comprobado su exactitud por inspecciones, el Médico en Jefe del Ejército forma su plan de organizacion del servicio y lo somete á la aprobacion del General en Jefe por conducto del Jefe de Estado mayor. Aprobado que sea este plan, vuelve al Médico en Jefe para que se ejecute, y se comunica para su gobierno al Inspector de hospitales del Ejército.

En esta organizacion el Médico en Jefe debe vigilar principalmente que cada cuerpo de ejército y los establecimientos hospitalarios estén provistos del número reglamentario de Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos y *Feldschers*. Para cubrir las vacantes que puedan existir despues de destinado todo el personal, el Médico en Jefe dispone en primera línea de la reserva del personal del Ejército. Cuando este es insuficiente para cubrir el déficit, pide personal á la Direccion central, ó en casos urgentes, cubre las vacantes con médicos civiles ó extranjeros, que habrá contratado mediante condiciones aprobadas por el General en Jefe.

Una vez completado el personal, trata de distribuirlo, y entónces el Médico en Jefe debe proceder de manera que utilice del mejor modo posible los conocimientos y aptitud de cada uno; los destinos de jefe de servicio no se confiarán sino á los doctores.

Tan luego como los establecimientos sanitarios principien á funcionar, el Médico en Jefe no debe perderlos de vista. Por medio de inspecciones personales ó delegando á uno de sus adjuntos, se asegurará sin cesar de que en todas partes se cumplen en seguida las prescripciones del médico y que en ningun punto el servicio de subsistencias ó la autoridad militar toma medidas contrarias al buen desempeño del servicio médico. Cuando sobre este particular llega á comprobar que hay abusos, faltas ó irregularidades, segun los casos, las participa al Inspector de hospitales del Ejército ó al Jefe de Estado mayor. En cuanto á la represion que debe ejercer con los médicos ó personal que le está subordinado, su posicion de Jefe del cuerpo de Sanidad en el Ejército en campaña le da suficiente autoridad. La vigilancia del Médico en Jefe debe ejercerse de un modo análogo respecto al servicio sanitario de los cuerpos de tropa.

Uno de los principales deberes del Médico en Jefe es la direccion que imprime de concierto con el Inspector de hospitales al servicio del escalonamiento de establecimientos sanitarios y de evacuacion. Para llenar esta mision, el Médico en Jefe debe tener constantemente noticia de la situacion y establecimiento de cada hospital movible ó temporal. Cuando se trata de que funcione uno de éstos, está obligado á reconocer él mismo de antemano ó delegar quien lo haga, la localidad en que se establezca. El Inspector de hospitales toma parte en esta operacion, y cuando la higiene por un lado y el administrador por otro no llegan á entenderse acerca de la eleccion del local, la diferencia se somete al juicio del Jefe de Estado mayor, para que tome una decision cualquiera. Cuando se trata de crear un depósito de convalecientes ó un hospital de etapa, el Médico en Jefe designa el personal, suministra este último el aprovisionamiento necesario en articulos medicinales, y cuando ha cesado de ser necesario dicho establecimiento, hace retirar el personal y material del mismo.

Cuando es útil ó necesario trasportar heridos ó enfermos que están aglomerados en un punto dado, el Médico en Jefe convenido con el Inspector de hospitales determina, segun las noticias que pone este último, el destino, número y la importancia que se puede dar á los convoyes de evacuacion, asi como la época en que debe ponerse en marcha. El Médico en Jefe designa el personal de escolta, le suministra el material médico necesario para el camino y le da sus instrucciones que deben seguirse. Por su parte el Inspector de hospitales vigila el alojamiento y la alimentacion del convoy mientras dure el viaje.

El estado sanitario del Ejército debe ser la constante preocupacion del Médico en Jefe. Debe asegurarse de que todas las medidas higiénicas se observan en los cuerpos y establecimientos del Ejército; sigue el movimiento de las enfermedades, estudia su forma y naturaleza, se da cuenta de la mortandad, estudia las condiciones endémicas de los países que atraviesa, prescribe las medidas profilácticas, y cuando una enfermedad epidémica ó contagiosa se declara, toma las disposiciones necesarias para aumentar los recursos del per-

sonal y material en proporcion á las necesidades y para detener la marcha del azote. Obra del mismo modo en casos de epizootia.

Tampoco debe perder de vista el abastecimiento de medicinas, instrumentos y objetos de curacion de los cuerpos é instituciones sanitarias del Ejército. Establece la farmacia móvil en un punto de facil acceso para las tropas, y la pone en relacion con los almacenes del interior por medio de una serie de depósitos escalonados en la línea de las operaciones.

Cuando va á tener lugar un combate, prepara la organizacion de las estaciones de las curas: determina su colocacion (segun las noticias suministradas por el Jefe de Estado mayor), nombra el personal que deberá funcionar en ellas, hace entregar el material necesario, y va acompañado del cirujano en Jefe á las estaciones que se consideran las más importantes.

En los cuerpos de ejército, cuando operan aislados, un Médico en Jefe del mismo se halla investido de las atribuciones del Médico en Jefe del Ejército. En fin, en cada division hay un Médico, lo cual completa la direccion superior del servicio médico en campaña.

2.º—Inspector de los hospitales del Ejército.

Del mismo modo que el Médico en Jefe, el Inspector de los hospitales del Ejército está subordinado al Jefe de Estado mayor. Es el jefe del personal administrativo del servicio hospitalario de campaña y colaborador constante del Médico en Jefe.

Es elegido por el General en Jefe de acuerdo con el Ministro de la Guerra, entre las personas ya militares ó de la clase de funcionarios civiles, que gocen de reputacion por su experiencia en la parte administrativa de hospitales.

Igualmente que para el Médico en Jefe del Ejército, el primer deber del Inspector de hospitales del Ejército consiste en organizar su servicio para la guerra. Al principiar á funcionar el Ministro le da á conocer: 1.º los establecimientos hospitalarios sedentarios que existen en la zona de las operaciones; 2.º las instituciones sanitarias de campaña del ejército movilizado; 3.º listas del personal administrativo designado para estas instituciones; 4.º todas las instrucciones necesarias para la buena ejecucion de su servicio especial.

Despues de haber recibido estas noticias el Inspector de los hospitales del Ejército, comprueba su exactitud por medio de una inspeccion, pues de acuerdo con el Médico en Jefe y tambien con el Intendente del Ejército (1) redacta su plan para la campaña. Este comprende: 1.º la situacion de los hospitales sedentarios del teatro de la guerra y los medios necesarios para que estén á la altura de las necesidades; 2.º la situacion de los hospitales movibles y temporales, así como de las medidas que deben tomarse para aumentar los recursos; 3.º la distribucion de los hospitales movibles entre las diferentes fracciones del Ejército y la colocacion escalonada de los hospitales temporales; 4.º la situacion del proveimiento del material de ambulancias (exceptuando los medicamentos, instrumentos y objetos de curacion); 5.º la situacion y reparticion del personal administrativo; medios de completarlo.

(1) Por lo que conviene al proveimiento de víveres, fondos, caballos y medios de transporte suplementarios.

Del mismo modo que el plan del Médico en Jefe, con el cual debe concordar el del Inspector de los hospitales del Ejército, se remite por medio del Jefe de Estado mayor al General en Jefe, y despues de aprobado, se dan copias al Inspector de los hospitales, al Médico en Jefe y al Intendente para su ejecucion, de las disposiciones decretadas en cuanto le concierne á cada uno de ellos.

Respecto á los servicios del escalonamiento de las instituciones sanitarias y de evacuacion de heridos y enfermos, el Inspector de los hospitales tiene que llenar deberes comunes con el Médico en Jefe, y que ya se han mencionado.

El Inspector de los hospitales del Ejército tiene por principal deber vigilar el buen abastecimiento de los hospitales movibles, temporales ó sedentarios que funcionen en el teatro de la guerra. Se asegura si los enfermos reciben los cuidados necesarios para su manutencion, y que las disposiciones tomadas por el personal administrativo son racionales y regulares. Cuando los enfermos están aislados en los establecimientos civiles, vigila á los que reciben en ellos toda la asistencia que reclama su estado, y para evitar que se prolongue desmedidamente la estancia en los mismos con detrimento del efectivo del Ejército, establece depósitos de convalecientes en donde se termina la curacion. Inspecciona con frecuencia, ya personal, y por delegacion, estas instituciones, y tiene los mismos deberes respecto á ese particular que el Inspector de los hospitales de una circunscripcion.

Hace le den cuenta constantemente y aprecia por sí la situacion del material sanitario en los cuerpos y establecimientos, y toma las medidas necesarias para asegurar la constante renovacion de las subsistencias.

El Inspector de los hospitales asegura la ejecucion de las prescripciones é indicaciones dadas por el Jefe de Estado mayor, en vista de una distribucion de instituciones sanitarias apropiada á la marcha de las operaciones y situacion de las tropas.

Durante el combate vigila la buena ejecucion del servicio de recoger y trasportar los heridos desde las primeras líneas hasta las estaciones de las curas. Secundado por la fuerza pública, vigila el sostenimiento del orden en estas estaciones, por último arregla el transporte entre estas estaciones y los establecimientos sanitarios situados á retaguardia, á fin de evitar la aglomeracion de heridos.

El Inspector de los hospitales del Ejército es el Jefe de todo el personal no médico de los establecimientos sanitarios de campaña, disponiendo igualmente de todo el material hospitalario no médico, con inclusion del de los cuerpos.

Está secundado en el desempeño de sus funciones por un adjunto y una chancillería, y dispone de un personal de reserva destinado á ser delegado á las inspecciones, á constituir los mandos de convoyes de evacuacion, ó desempeñar ciertas comisiones administrativas, como por ejemplo, proveer la adquisicion de viveres, medios de transporte, etc., en los casos en que las circunstancias exigen que estas operaciones se hagan directamente por el servicio de hospitales.

(Se continuará.)

Bevue scientifique et adm. des médecins des armées.

