

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVIII

Madrid 1.º de Julio de 1904

Número 409

EL SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO Y LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Por coincidencias diversas llega á mis manos con gran retraso el número 23 de *La Clínica Moderna*, en el que aparece el dictamen que á la Academia Médico-Quirúrgica presenta la Comisión encargada de organizar en Zaragoza «La Obra de la Tuberculosis».

De las cuatro partes de que dicho informe consta hay una, la cuarta, dedicada única y exclusivamente al ejército, lo que no es extraño, pues entre las firmas que subscriben dicho informe las hay de Médicos militares que lo son y de otros que lo fueron, conocedores todos ellos de los grandes estragos que esta enfermedad causa en las filas de los soldados.

Nada hubiera dicho que no fuera alabanza á esta labor, pasando por alto algunas inexactitudes, como la de afirmar que no se reconocen muchos soldados tuberculosos porque no alegan, y pedir, por lo tanto, el reconocimiento forzoso en las Comisiones mixtas, ignorando ú olvidando que todos, absolutamente todos los reclutas se reconocen en los Ayuntamientos, lo que es más beneficioso por ser más completo el reconocimiento en todos los distritos rurales, donde el titular puede llenar muy cumplidamente su misión, y no fijándome en la petición de incluir en el cuadro cosas que existen, como inclusión de escrofulismo, afecciones debilitantes, etc., si no fuera porque leo: «El soldado en filas vive hoy mal en cuanto se refiere á los cuarteles y hospitales.

Por eso debemos desechar el servicio obligatorio, que sobre que nos traería de las clases acomodadas organismos de escasas resistencias, fáciles á la adquisición de la tuberculosis, provocaría un conflicto sanitario en el cuartel y en el hospital, en los que, en su mayor parte, no existen las apetecibles ni aun las necesarias condiciones de higiene en lo que á capacidad, ventilación y calefacción se refiere».

Pasemos por alto lo de que por no haber cuarteles no puede haber servicio obligatorio. Ese es un comodín inventado por los que encuentran cómodo el redimir á sus hijos por 1.500 pesetas ó por menos. Si no hay buenos cuarteles es precisamente por no haber servicio militar obligatorio, y es más fácil traer éste, para enseguida conseguir cuarteles, que no lo contrario; entre otras muchas razones, porque el dinero han de darlo muchos de los interesados en que no vayan sus hijos á filas.

Pero la afirmación inexacta y que exige rectificación es la que subrayo, de que el servicio militar obligatorio agravaría las hoy espantosas estadísticas. En este mismo periódico publiqué un artículo llamando la atención sobre la redención á metálico como causa de mayor mortalidad, lo mismo por tuberculosis que por todos conceptos, artículo que iba seguido de la opinión de un querido compañero mío, el Dr. Farreras, y que no tiene el mérito de ser novedad, pues muchos Médicos militares habían hecho idénticas ó parecidas observaciones.

Decir que las clases acomodadas presentan menores resistencias á la tuberculosis, es un error de bulto. Lo que ocurre es precisamente todo lo contrario. Las clases desheredadas tienen, como dice Farreras, debilidad por miseria heredada y adquirida, y en otra parte he afirmado cómo el hambre crónica, que con el apodo de sobriedad del español padece dicha clase, es causa de que las estadísticas de tuberculosis en el ejército y las formas que revestía fueran de una gravedad extrema.

Los estudios de Olóriz en individuos que ingresaban en quintas en Madrid demuestran cómo las clases acomodadas tienen un

desarrollo más completo y más precoz que los individuos procedentes de clases pobres. Lo mismo comprobó Barraldes en la provincia de Granada, y la Academia de Medicina de Madrid demostró cómo la mortalidad por enfermedades infecciosas era muy superior en los barrios pobres que no en los distritos ricos. Trabajos aún no publicados me han demostrado que la tuberculosis causa más estragos en los habitantes de pisos bajos y boardillas que no en los que habitan principales y segundos pisos, y que en San Sebastián las calles donde vive gente pobre son mucho más castigadas por esta enfermedad que no las habitadas por personas acomodadas.

Por último, en su tesis doctoral, el Dr. E. Boureille demuestra cómo ocurre lo mismo en París, y que si, en general, no son los departamentos más ricos de Francia los menos castigados por la tuberculosis, depende de que en ellos, por la mayor actividad humana, es donde existen mayor número de obreros pobres al lado de los grandes capitalistas.

En la misma tesis se encuentran cifras probatorias de que esta enfermedad ataca más á los obreros y clases indigentes que no á los acomodados.

Por lo tanto, demostrado que éstos tienen mayores energías vitales, que no es lo mismo que más apariencia de salud por grandes biceps adquiridos á expensas de trabajo forzado, y que el servicio militar obligatorio, además de acelerar de modo notable el mejoramiento de las condiciones en que vive el soldado, hará que ingresen en filas individuos con mayores resistencias orgánicas á la tuberculosis y á todas las infecciones en general, por lo que puede asegurarse mejorarían de modo ostensible las estadísticas sanitarias.

FEDERICO G. DELEITO,
Médico segundo.



APUNTES DE CIRUGÍA DE GUERRA

DE LA ÚLTIMA CAMPAÑA DE CUBA

(Continuación).

Caso de herida penetrante de vientre.—Como único caso de herida por arma blanca penetrante de vientre, es digno de mención el que ofreció el soldado del batallón de Vizcaya Leandro Rubia Flores, que ingresó en 25 de Marzo de 1897, presentando en el epigastrio una herida perforo-cortante, de 9 centímetros de longitud, que interesó el peritoneo, con prociencia de asas intestinales y epiplón. En el acto de su entrada fué llevado á la mesa de operaciones, donde, después de lavado con suero artificial el peritoneo y reconocido que los intestinos no estaban interesados, se le practicó la conveniente sutura en tres planos: primero, el de afrontamiento de la herida peritoneal, con 6 puntos de catgut; segundo, el de la capa muscular, con otros 7 del mismo hilo, y, finalmente, de la piel, con 9 de seda. En las primeras cuarenta y ocho horas quedó á dieta absoluta y se le aplicó un saco permanente de hielo sobre el vientre. Levantado el apósito al séptimo día, se halló la herida cicatrizada por primera intención. El individuo fué vuelto á las filas (clínica del Sr. Peláez).

Es importante, por interesar el tronco tibio-peroneo, así como por las consecuencias, la herida de arma punzante que recibió el soldado del regimiento Infantería de la Habana Agustín Lorenzo Peláez. Penetró el instrumento por el hueco poplíteo, motivando voluminoso aneurisma de dicho tronco arterial, lesión que hizo indispensable la ligadura de la poplítea en 2 de Octubre de 1896. Resultado de esta intervención operatoria fué una extensa úlcera de curso invasor y gangrenosa, que alcanzó á casi toda la pierna, efecto de no haberse establecido suficiente riego colateral, por lo que se hizo necesaria la amputación del muslo por su tercio infe-

rior, método circular (17 Noviembre). Segunda vez la gangrena hizo su aparición, malogrando el manguito, siendo preciso reamputar en 4 de Enero de 1897. Curado al fin este individuo, después de esta tercera intervención, fué propuesto para inválidos (clínica del Sr. Baeza).

Como quiera que una de las operaciones á que el soldado ha de entregarse es la de forrajear, algunas veces ocurrieron heridas casuales producidas por el propio machete inhábilmente empleado en esta labor. Heridas de esta naturaleza ofrecieron escaso interés, siendo su curación más ó menos rápida, según el estado de infección ó asepsia, y de que existieran ó no fenómenos de penetración en alguna coyuntura digital.

Tampoco faltaron en estas clínicas heridas de arma blanca ocasionadas en riña entre los mismos soldados, y no carecen de importancia clínica las dos siguientes observaciones:

Agapito Herrero Manzano, cabo de la primera compañía del batallón provisional de la Habana, fué agredido por un soldado de su Cuerpo, é ingresó en la sala 10.^a de heridos el 27 de Octubre de 1896. El instrumento causante de la lesión, una navaja, había cortado la vena yugular externa derecha en su parte media, donde se observaba una herida como de 2 centímetros de longitud, que atravesando el externo-cleido-mastoideo penetró en la tráquea, ocasionando abundantísima hemorragia que empapó las ropas del paciente. Este se hallaba afónico, acusaba disfagia acentuada y presentaba enfisema en lá región anterior del cuello, extendido á la parte superior del tórax, acompañando los síntomas propios de la anemia aguda. Cohibida la hemorragia, no tardó en ceder el enfisema, y mediante la aplicación de un apósito oclusivo, oportunamente renovado, el herido obtuvo la curación en quince días, saliendo de alta para incorporarse á filas (clínica del Sr. Castillo).

El soldado de caballería de Villaviciosa, Florentino Payo, fué herido en riña de un navajazo que le cortó la piel, tejidos subyacentes y, parcialmente, el músculo triceps en la parte postero-interna del brazo izquierdo, con penetración del instrumento en la

cavidad torácica á través del quinto espacio intercostal, en el límite de la región pericardiaca. Presentó el paciente disnea graduada y enfisema extenso bajo la piel del tórax. Poco más de un mes se invirtió en la total reparación de estas lesiones, que curaron sin más complicación que el desarrollo de un limitado foco de neumonía traumática (clínica del Sr. Castillo).

Heridas por arma de fuego.—Los traumatismos ocasionados por los proyectiles, agentes vulnerantes de ordinario y casi de exclusivo empleo en la campaña, producen lesiones que, como materia del más constante estudio en la clínica quirúrgica militar ó de guerra, merecen ocupar tiempo y espacio preferentes.

Siendo la artillería muy excepcional armamento en las filas enemigas, no figuran en nuestras clínicas de heridos individuos con lesiones originadas por proyectiles de grueso calibre.

Balas explosivas.—Especial interés encierra el hecho de haberse disparado por los insurrectos en algunos combates pequeños proyectiles explosivos. Estos, en los contados casos sometidos á nuestro examen y cuidado profesional, han producido ligeras heridas en la piel, como si fueran el resultado de perdigones ó insignificantes trozos del proyectil, obrando en la cara y algunas otras regiones; trozos que hemos encontrado enclavados en el dermis.

Se comprende que si este género de balas verifican la explosión en el seno de órganos vitales, en el interior de las cavidades esplágnicas, los destrozos consiguientes han de ser de la mayor extensión y gravedad; pero, por lo que ha podido notarse, el efecto explosivo se manifiesta inmediatamente y al primer contacto con los tegumentos ó las ropas, y así las lesiones no pasan, por lo común, de la superficie. Son en muy corto número las observaciones propias en este punto, para que podamos emitir un parecer concluyente; es de suponer que la limitación y relativa levedad de dichas lesiones dependan del reducido alcance de estas armas en comparación con las no explosivas.

En el sangriento combate de Guayabitos, ocurrido en los

días 8 y 9 de Septiembre de 1896, en el que la partida de Maceo prodigó tal clase de proyectiles, sólo usados hasta ahora en las cacerías de fieras y nunca empleados contra los hombres más que en la actual campaña, cayó herido por uno de éstos, en el brazo izquierdo, el soldado del batallón de Aragón Juan Gil Pérez, causándole el destrozo del húmero por su tercio inferior, con rotura de la arteria y desgarrando y contundiéndole los tejidos blandos. Tan grave lesión me obligó — era yo á la sazón Jefe de Sanidad de la brigada Echagüe — á amputarle la mencionada extremidad en el mismo hospital de sangre. Entre los tejidos destrozados del brazo se hallaron varios fragmentos de metal duro y friable pertenecientes á la bala, que hizo explosión al penetrar en las carnes del miembro. Es de notar en este caso, que, no obstante las excepcionales circunstancias en que practiqué esta operación, auxiliado por el hoy Médico primero Dr. Sebastián Foxá, el muñon de este herido, que fué conducido á Alfonso XIII, cicatrizó por primera intención, siendo propuesto para inválidos (clínica del Sr. Peláez).

H. PELÁEZ,

Médico mayor.

(Continuará).

Prensa y Sociedades médicas.

Estreñimiento espasmódico.—El Dr. Singer distingue dos formas de estreñimiento espasmódico: una sintomática y otra idiopática. En el límite que separa las formas secundarias de las puramente nerviosas, figura el estreñimiento espasmódico, que se presenta en los casos de trastornos en la esfera sexual.

Las formas puramente nerviosas se observan principalmente en los casos de neurastenia y de histerismo. Entre los síntomas objetivos se destacan, en primer término, la contracción espasmódica del esfínter interno y también los puntos dolorosos en diferentes zonas del abdomen. En alguno que otro caso se presentan enteroespas-

mos á manera de ileo. No es raro observar la expulsión de coágulos mucosos en forma de hebras ó cordones y también de sangre. Conviene tener muy presente que el estreñimiento espasmódico puede presentarse asimismo como enfermedad del todo independiente, sin ir acompañada de neurastenia ni de histerismo.

Como tratamiento hay que apelar al calor húmedo, á las irrigaciones de aceite y á la belladona. El autor emplea con muy buen resultado la introducción de candelillas en el recto. En cambio están contraindicados los purgantes drásticos, el masaje y la electricidad.

(*Wiener klin. Wochenschrift*).

*
* *

La acoína.—El Dr. Pérez Noguera publica la siguiente nota:

La acoína es el *clorhidrato de Di-para-anísil-monofenetilguanidina*, que se presenta en forma de polvo blanco, cristalino, soluble en 6 partes de agua, y que ha sido recomendado como anestésico local, mucho menos tóxico que la cocaína y capaz de dar origen á anestias mucho más duraderas que las determinadas por el alcaloide de la coca.

Los experimentos practicados por Trolldenier y Hesse demuestran, en efecto, que un perro de 4 kilos y medio de peso presenta síntomas de intoxicación después de haber ingerido 10 centigramos de cocaína, y sucumbe indefectiblemente cuando esta dosis se eleva á 25, mientras soporta sin el menor trastorno la de medio gramo de acoína, administrada también por vía gástrica. Subcutáneamente se han podido inyectar 3 centímetros cúbicos de la solución al 6 por 100, sin otros desórdenes que los puramente locales, debidos á la acción tóxica irritante de estas disoluciones muy concentradas, es decir, verdaderas necrosis de la piel con formación de escaras, que se eliminan ó desprenden espontáneamente á los pocos días.

La anestesia provocada por la acoína dura más ó menos tiempo, según el grado de concentración de sus disoluciones, resultando que, con las al 1 por 1.000, la insensibilidad se prolonga quince minutos; con las al 1 por 400, treinta; con las al 1 por 200, sesenta; con las al 1 por 100, cuarenta á ochenta, y con las al 1 por 40, más de un día. Esta insensibilidad, que comprende la piel y los tejidos subcutáneos cuando se introduce el medicamento por vía hipodérmica, y que se observa también en la conjuntiva de los perros y conejos cuando se instilan algunas gotas de la disolución al 1 por 1.000 entre los párpados, no se presenta en el ojo humano, sin que haya sido posible explicar, de un modo satisfactorio, la razón ó motivo de tan extraña anomalía.

Conviene, además, tener presente que las disoluciones concentradas desenvuelven una fuerte irritación local que, no obstante hallarse limitada á los tejidos que tocan, las contraindican en absoluto; pero no es necesario recurrir á ellas, pues siempre basta con las al 0'10 por 100, desposeídas casi por completo de toda acción tóxica irritante. Por otra parte, si con una primera aplicación no se

obtuviera la anestesia deseada, puede repetirse varias veces con cortos intervalos, hasta insensibilizar completamente el tejido en que se opera.

Las referidas inyecciones resultan en todos los casos algo dolorosas; pero como este dolor no puede evitarse adicionando pequeñas cantidades de morfina ó cocaína al líquido que se ha de inyectar, ni haciendo uso de pulverizaciones de éter ó cloruro de etilo sobre la piel, vale más prescindir por completo de todo procedimiento de anestesia previa y prescribir el medicamento que nos ocupa en la forma siguiente:

Acoína.....	10 centigramos.
Cloruro sódico esterilizado.....	80 —
Agua destilada ...	100 gramos.

Esta disolución es muy antiséptica, é introducida debajo de la piel la hace insensible durante cuarenta ó cincuenta minutos; pero es necesario para prepararla hacer uso de agua fría recientemente destilada, pues la más ligera huella de álcali es suficiente para precipitar la acoína. El frasco destinado á contener la solución, que ha de conservarse siempre al abrigo de la luz, debe ser lavado primero con ácido nítrico y después con agua destilada.

En estos últimos tiempos, la acoína ha sido objeto, por parte del Dr. Darier, de una importantísima aplicación, cual es la de hacer completamente indoloras las inyecciones subconjuntivales de cianuro de mercurio, actualmente empleadas con verdadero éxito en gran número de enfermedades de los ojos.

Para alcanzar tan satisfactorios resultados, que no se habían obtenido con la cocaína, con la eucaína B, ni con el cloroformo, basta, según los experimentos del indicado Profesor, añadir á la disolución de cianuro de mercurio (cianuro de mercurio un centigramo, cloruro de sodio un gramo, agua destilada 50 gramos) una ó dos gotas de la de acoína al 1 por 100. De esta manera ha practicado las referidas inyecciones subconjuntivales en multitud de enfermos de afecciones oculares diversas (coroiditis marginales y arborescentes: erosiones, úlceras, opacidades é infiltraciones purulentas de la córnea; discisión del cristalino: iridociclitis, neuritis específicas y hemorragias de la retina), sin que acusaran los intolerables dolores que sentían antes de la adición de la acoína, y que, tanto por su extraordinaria intensidad como por su prolongada duración (dos ó tres horas), dificultaban en gran manera el tratamiento.

Sin embargo, el procedimiento no es aplicable á las inyecciones iodo-ioduradas, ioduro-hidrargíricas, ni cloruro-mercúricas, porque estas sustancias hacen precipitar el anestésico, pero puede emplearse en las de tricloruro de iodo al 1 por 1.000.

Los Dres. Brundenel y Guibert, han confirmado en todas sus partes las observaciones de Darier.

(*La Corresp. Méd.*)

En el momento de disolver la acetozona, el líquido adquiere aspecto lechoso, por lo que es necesario dejarle en reposo hasta que se aclare y separarlo después, por simple decantación, del depósito insoluble que se habrá acumulado en el fondo del vaso.

(*Théráp. Gaz.*)

* * *

De la intervención cruenta en las fracturas.—El Dr. *Pedraza*: Es partidario de la intervención armada en toda fractura, pero adaptándose al caso, sin que su criterio sea cerrado, como no debe serlo ninguno en Medicina. Sin la sutura, no podemos estar seguros de la exacta coaptación de los fragmentos. Reconoce los buenos resultados del tratamiento ambulatorio, de los aparatos, de la extensión y contraextensión continuas, etc.; pero éstos no se logran siempre. Para intervenir se ha de estar seguro de la asepsia si no es mejor abstenerse y emplear los procedimientos cerrados; entiende que esta asepsia se ha de extremar más que en las laparotomías; no se ha limitado él á la desinfección corriente de las manos, sino que ha usado guantes y máscara de Mickulicz, pues la infección sería desastrosa.

Las fracturas del cráneo serán objeto de otra comunicación.

En las de la columna vertebral, la indicación varía según sean de los cuerpos, apófisis espinosas ó arcos, ó acompañadas de luxación. En la del cuerpo es útil la extensión, pero cuando ésta cesa se aproximan los cuerpos vertebrales, por lo que prefiere el método de Chipault: sutura de las apófisis espinosas. En la de las láminas con trastornos medulares se debe practicar la laminectomía. Un hombre con fractura de los arcos de la duodécima dorsal y primera lumbar y parálisis de las extremidades inferiores, entró en una clínica del hospital provincial, en donde le pusieron un aparato enyesado, no mejorando; á los diez meses de la fractura, sin hacer nada, empezó á aliviarse, y hoy marcha, aunque con contractura.

Clavícula: pueden ser del tercio interno, medio ó externo. Si está entre los ligamentos coraco-claviculares, no hay que hacer nada; en el tercio medio, el esterno-cleido-mastoideo eleva el cabo interno, y los resultados son malos; queda acabalgamiento, siendo frecuente el callo deforme. No sólo Tuffier y Lejars intervienen en estas fracturas, sino muchos Cirujanos más.

Omóplato: se ha de intervenir si radica la lesión en el ángulo superior ó en el inferior; el primero se eleva, quedando separación en virtud de la fuerza muscular; en el inferior sucede igual, tiran el serrato y el redondo mayor, y la coaptación no es exacta si no se sutura. En el ángulo articular no cree ésta urgente.

Costillas: si no hay lesión pleuro-pulmonar no hay que intervenir; pero si hay herida de estos órganos con hemoneumotórax, por los movimientos respiratorios la herida no cicatriza, por lo cual se debe intervenir haciendo un ojal en la pared costal que permita la cicatrización. Ha tenido dos casos: el primero lo trató por la expec-

tación, sin resultado, muriendo el enfermo por el hemoneumotórax; el segundo fué idéntico, interyino, y á los cuatro días falleció el paciente; no sabe qué partido tomaría en otro caso igual.

Hueso coxal: en la del pubis, lo mejor es la sutura si existe gran separación, no haciendo falta en el caso contrario. En la del isquión, si es completa, se intervendrá; siendo cotiloidea, basta la extensión continua.

El punto más importante es el referente á las extremidades, puesto que se ven magníficos resultados con el tratamiento usual. La radiografía demuestra lo deforme de los callos que quedan, existiendo en algunas alteraciones articulares funcionales.

Húmero: si la fractura es de su cuello anatómico, se obtienen á veces con los aparatos buenos resultados; otras no, los músculos desvían la cabeza del hueso y queda un callo con precidencia hacia fuera de la extremidad superior. Si es extracapsular, la intervención no es grave. En el tercio medio ha visto dos casos operados en la clínica de Lejars y Berger, á los diez ó doce días del accidente, con lesión del nervio radial. Consiguió buen éxito, sin conocerse el callo, aunque también se logra muchas veces esto con el tratamiento usual. En la extremidad inferior, si son intercondileas, y sobre todo en Y, se impone la operación aunque se sacrifique el cóndilo externo.

Antebrazo: como los músculos son poco fuertes, los procedimientos corrientes suelen servir. Ha visto radiografías en que el cúbito formaba ángulo con el vértice hacia dentro; la fuerza del antebrazo será mayor cuando se tratan por la sutura.

En la extremidad inferior los resultados son poco halagüeños; en reciente estadística de 123 casos, en 75 fueron malos. La fuerza muscular del muslo es grande, y la sutura ha de ser complicada para que no salte; se hará doble, de Lejars.

Rótula: operación inmediata, sin discusión.

En la pierna ocurre lo que en el antebrazo. Con el aparato de marcha de Reclus los resultados son buenos, pero no lo es tanto el funcional articular.

Presenta dos radiografías de enfermos tratados sin sutura, con buenos resultados aparentes; en una de fémur se nota gran deformidad, aconteciendo lo propio en otra de tibia y peroné.

El Dr. *Barragán*: No comparte las ideas del Dr. Pedraza. Como Médico militar que es éste, tratando sólo jóvenes, habrá visto las cosas de distinto modo que ocurren en los viejos; en aquéllos quizá no importe mucho la operación, pero no en éstos. Sutura ósea inmediata no ha hecho ninguna; en las del cráneo se debe intervenir; en las vertebrales la operación casi nunca será inmediata, porque las lesiones suelen repararse.

En las de clavícula y rótula, cuando no se forma tejido fibroso unitivo que permita la función, podrá intervenir. En una sutura de rótula que hizo sobrevino la infección y tuvo que amputar. Desde que la radiografía nos da detalles de las fracturas, las interven-

ciones serán mediatas; si la deformidad perturba la función, se intervendrá, si no debe hacerse. Aunque en las extremidades inferiores quede algún acortamiento se corrige por los medios ortopédicos. Las diafisarias, salvo raras excepciones, no se han de intervenir; en las epifisarias la operación se habrá de practicar más veces, porque la función se compromete con mayor frecuencia.

El Dr. *L. Durán*: El Sr. Pedraza no ha determinado á qué se refiere, si cree que debe intervenir en todas las fracturas, ó en algunas en condiciones especiales.

Parece que quiere establecer como fundamento operatorio la formación de falsas anquilosis, y debiera decir cuándo se ha de practicar el amasamiento. Las intervenciones son excepcionales, sobre todo en las fracturas de los huesos largos; lo esencial es coger la fractura á tiempo, adaptarla bien, poner un buen apósito y hacer la extensión y la contraextensión adecuadas; así curan bien; sólo en casos muy excepcionales podría estar indicada la sutura. La operación mediata sólo se habrá de practicar en la falsa articulación por interposición de fibras musculares; ha hecho dos, mucho tiempo después de la fractura, por este motivo; la lesión era del fémur, de la epífisis y la diáfisis, y el miembro era inútil. No se explica la operación cuando el funcionamiento sea perfecto, aunque exista algún acortamiento, pues la operación lo produce mayor. Aun en las abiertas y conminutas se recomienda la desinfección y la inmovilización, pero no aconsejan los autores otra intervención. En las que curan con deformidad, sirven el amasamiento y los demás recursos de que disponemos.

El Dr. *Pedraza*: Ha visto fracturas con toda clase de resultados, y por lo que ha visto coloca en primer lugar la intervención. El Doctor Barragán condena por temeraria la intervención inmediata; seguros de la asepsia, no debemos abstenernos. Ha practicado suturas de la rótula, inmediatas y mediatas, con buen resultado siempre. Interviene en todo caso de fractura de extremidades, como medio seguro para la coaptación más completa y el mejor resultado funcional, advirtiendo al paciente que con otros recursos pueden obtenerse buenos resultados. El amasamiento se practicará pasados ocho ó diez días de la sutura; cuanto mayor sea la edad más pronto se hará el tratamiento ambulatorio, para evitar la hipostasis y otros trastornos análogos.

(*Acad. Méd.-Quirúrg. Española*).

*
**

Diagnóstico precoz de un aneurisma aórtico por medio de los rayos X.—En la sesión celebrada por la Unión Médica de Berlín el 2 de Noviembre último, dió cuenta el Dr. Tobías del caso siguiente:

Un sujeto de cuarenta y dos años, que siempre había estado sano y que no abusaba de los alcohólicos, venía padeciendo hace algún tiempo de una neuralgia intercostal rebelde. Es casado y padre de

tres hijos, que están sanos. En la primavera de 1902, sintió entre el omóplato izquierdo y la columna vertebral una frialdad especial en cierta zona, en la que después se presentaron dolores punzantes que no se consiguió calmar con unturas, la electricidad y la morfina.

A principios de 1903, le enviaron á Carlsbad porque tenía infartado el hígado. Allí perdió 16 kilogramos y medio de peso, y los dolores se hicieron más intensos y se propagaron hacia adelante. El enfermo ya no podía echarse sobre el lado izquierdo y estaba interesado todo el sexto nervio intercostal. Se empleó de nuevo la electricidad, pero también infructuosamente. También se empleó la ducha escocesa y se puso entonces en manos del autor.

Por el reconocimiento, lo único que se encontró fué un foco musical, y como de chasquido, el segundo sonido aórtico; pero ninguna macidez anormal en el tórax, nada de arterio-esclerosis, ni de albuminuria, ni de trastornos de la sensibilidad. Sospechando que el dolor debía provenir, no de una neuralgia intercostal, sino de la compresión ejercida por algún tumor, quizá por un aneurisma de la aorta descendente, por más que no hubiese más datos objetivos en que fundar tal diagnóstico, se apeló á la exploración radiológica, y se vió que, en efecto, se trataba de un aneurisma de la aorta descendente, con lo cual se renunció, como es natural, al empleo de la ducha escocesa, que no podía causar más que perjuicios en tales circunstancias.

(*Deutsche Medizinische Zeitung*).



SECCION PROFESIONAL

SERVICIOS SANITARIOS

«Circular. — Excmo. Sr.: Aun teniendo grandes medios de fortuna, no pueden muchos enfermos encontrar en sus domicilios tantos y tan valiosos recursos terapéuticos como los hospitales les ofrecen, por razón de material, instrumental, instalaciones y personal idóneo con que cuentan. Este hecho pasa desapercibido para los más, y quizás por eso viene observándose que en tiempo de paz los Jefes y Oficiales del ejército prefieren la asistencia médica domiciliaria; mas dejando esto aparte, es indudable que siendo la enfermedad azote frecuente, cuando aflige con formas graves ó de larga duración, no sólo quebranta las fuerzas y abate el ánimo, sino que crea las más de las veces situaciones apuradas á las familias militares, porque los escasos haberes no permiten sufragar con desahogo los gastos inherentes á consultas, tratamientos ú operaciones. Se junta entonces al sufrimiento la pena por escasez ó carencia de recursos, para

lograr cuanto antes la curación que se ansía, y esto se acentúa más porque los individuos de dichas familias no tienen derecho á la hospitalización militar, y porque en aquellos casos son insuficientes las ventajas que la asistencia médica gratuita y las farmacias militares proporcionan. Pero los recursos de que hoy disponen los hospitales militares para su especial servicio, los que se adquieran en lo sucesivo para que éste se complemente ó perfeccione y la aptitud reconocida de los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar, permiten crear en los referidos establecimientos centros de consulta médico-quirúrgica gratuita para las familias militares y también instalar allí un departamento especial donde puedan, los que lo necesiten, someterse á operaciones de alta cirugía y ser asistidos después. Esta clase de operaciones y de asistencia son las que resultan más dispendiosas, y ya que se tienen los elementos que acaban de mencionarse, y que son los más esenciales, se puede, con poco esfuerzo y sin crecido gasto, ofrecer indudables beneficios que hagan menos sensible el infortunio. Atendiendo á estas razones, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer: 1.º En las plazas donde haya hospitales militares se establecerá un centro de consulta médico-militar, y para este fin y el de que puedan ser sometidos á operaciones de alta cirugía y recibir después asistencia los individuos de las familias de los Generales, Jefes y Oficiales del ejército que con éstos vivan, las Comandancias de Ingenieros, de acuerdo con los Jefes de Sanidad Militar respectivos, y teniendo en cuenta la finalidad que se persigue, informarán acerca de las localidades donde desde luego puedan plantearse los servicios de que se trata, sin que sea preciso alteración esencial de las necesidades que hay que atender según el programa que se inserta á continuación. En caso distinto, las expresadas Comandancias, con arreglo á lo que preceptúa el Reglamento para las obras, estudiarán si las instalaciones indispensables que señala dicho programa pueden llevarse á cabo dentro del solar del hospital, ya en edificaciones independientes de las que hoy tenga, ya segregando, reformando ó edificando las más necesarias que hagan compatibles los servicios en función con los nuevos, extendiendo el estudio, por lo que á la primera región respecta, al local que ocupa la clínica de urgencia en esta Corte, y debiendo redactar el correspondiente proyecto de obras. 2.º Cuando no sea posible utilizar el solar del hospital ó por circunstancias especiales no convenga, se propondrá por la Junta á que hace referencia el artículo 18 del citado Reglamento, el solar que se crea más conveniente, para que después de adquirido se redacte asimismo el proyecto de obras que hayan de realizarse. 3.º Para la ejecución de las obras necesarias, el Cuerpo de Ingenieros podrá transferir el importe de otras que

no se crean urgentes, ó bien se incluirá en el primer proyecto de presupuesto la suma necesaria para aquéllas, así como también, en el capítulo 7.º, artículo 4.º del mismo, la cantidad prudencial para atender al nuevo servicio. 4.º Para el régimen económico y administrativo se considerarán las clínicas y los servicios que se establezcan como anexas á los del hospital á que correspondan, debiendo abonarse las estancias por el jefe de la familia del enfermo que las cause y al precio señalado á las de la graduación de aquél. 5.º Este beneficio se hace extensivo á las familias de los sargentos que hayan sido legalmente autorizados para contraer matrimonio. 6.º El número de enfermos que como máximum podrá recibir simultáneamente asistencia en cada hospital, será: 8 en Madrid, 6 en Barcelona, 4 en Sevilla, Valencia Valladolid, Zaragoza, Coruña, Burgos, Palma de Mallorca, Santa Cruz de Tenerife, Ceuta y Melilla, y 2 en los restantes hospitales. 7.º Oportunamente la Sección de Sanidad someterá á la aprobación las instrucciones para el régimen de los distintos servicios que se han de establecer.—De Real orden lo digo V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 15 de Junio de 1904.—Linares.—Señor.....

Programa de necesidades que se cita.

El Consultorio constará:

1.º Sala de espera con capacidad suficiente para el número de personas que puedan ocuparla, dado el objeto, la importancia del hospital y población militar. Ha de tener las condiciones apropiadas de ventilación, calefacción y luz, así como la de fácil acceso á ella de los enfermos, y que esté en comunicación fácil también con las siguientes.—2.º Sala de consultas, en las mismas condiciones higiénicas que la anterior, con amplitud bastante para poder instalar mesa de escritorio, vitrinas, instrumental, lavabos, mesa de reconocimientos y otros accesorios.—3.º Pequeño local destinado á cámara obscura, que conviene esté próximo al anterior.—4.º Sala de curación, más amplia que la segunda, con el fin de facilitar el servicio y poder instalar en ella los aparatos é instrumentos que sean necesarios, con luz y ventilación convenientes á través de puertas y ventanas de hierro y cristal esmerilado, paredes con ángulos redondeados, barnizadas ó estucadas y suelo de piedra artificial de una sola pieza.—5.º Como accesorio de estos locales habrá otro próximo destinado para la limpieza, baño general y excretas:

La sala de operaciones y clínicas de operados constarán de:

1.º La sala de operaciones se compondrá de una central y dos laterales;

la primera ha de tener la mayor cantidad de luz suministrada por medio de ventana abierta en uno de los muros, debiendo procurarse á la vez la luz zenital si fuera posible aprovecharla; ha de medir de 24 á 30 pies de longitud, 20 de ancho y 15 de alto; las ventanas, paredes y suelo deben tener análogas condiciones higiénicas que las dichas para la sala de curación del consultorio, y es de especial interés, en la disposición del suelo, que facilite el desagüe de los líquidos que se viertan sin dar ocasión á remansos ó encharcamiento. Las dos salas laterales pueden ser de más cortas dimensiones, como destinadas una al material de esterilización, instrumentos, apósitos y vendajes que hayan de emplearse, y otra para el aseo y anestesia del enfermo que se ha de operar. — 2.º Las clínicas para operados serán dos, ambas de análogas ó iguales dimensiones, y éstas en proporción con el número de operados que han de contener, dado el que se asigna á los hospitales dichos. A cada enfermo debe corresponder de 15 á 16 metros cuadrados de superficie y 65 metros cúbicos de aire. Tendrán las demás condiciones higiénicas indicadas antes para otros locales; los techos deben ser rasos ó en forma de bóveda y estar revocados como los muros. — Los distintos locales deben dotarse de suficiente cantidad de agua, prefiriendo la de presión; deben tener instalación de luz eléctrica y también de gas, no sólo por razón de alumbrado, sino también para usos terapéuticos, de calefacción y esterilización. Para la ventilación puede adoptarse la ordinaria de puertas y ventanas convenientemente orientadas y de suficiente vano, provistas de chasis que las faciliten. En la posibilidad de establecer la ventilación por medios artificiales, deben adoptarse el que garantice más la salubridad del aire, estableciendo velocidades de entrada y salida suficientes para que la atmósfera se renueve por completo en media hora como máximo. — Indicadas las necesidades más esenciales que han de satisfacerse, si circunstancias de localidad aconsejaran alguna modificación del programa, se propondrá de acuerdo con el Director del hospital militar respectivo. — Madrid 15 de Junio de 1904. — Linares».

*
**

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES

«Circular. — En vista de la instancia promovida por el sanitario de primera de la segunda compañía de la brigada de tropas de Sanidad Militar, D. Antonio Carreto Navarro, actualmente alumno sin pensión de la Academia Médico-Militar, en súplica de que le sean abonados sus haberes como tal sanitario desde que ingresó en la mencionada Academia, en consonancia con lo que preceptúa el párrafo 2.º del artículo 88 del

Reglamento para las Academias militares, el Rey (Q. D. G.) se ha servido acceder á la petición del recurrente, debiendo serle abonados por la segunda compañía de la referida brigada, á la que el interesado pertenece, los haberes correspondientes á los meses de Marzo á Junio del año actual, ambos inclusive, previa la justificación de existencia en 1.º de cada uno de los citados meses. Es asimismo la voluntad de S. M. que el aludido párrafo 2.º del artículo 88 del Reglamento para las Academias militares sea aplicable en lo sucesivo á cuantos puedan encontrarse en igual caso que el solicitante sanitario-alumno de la Academia Médico-Militar, D. Antonio Carreto Navarro.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 16 de Junio de 1904.—Linares.—Señor.....»

*
*
*

CRUCES

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que los Jefes y Oficiales que estén en posesión ó se les otorgue en adelante grandes cruces civiles, españolas ó extranjeras, y que hayan cumplido con los requisitos reglamentarios, puedan usar la banda correspondiente sobre el uniforme militar, excepto en los actos colectivos del servicio y en los individuales que tengan relación con los deberes de su cargo en el ejército.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 18 de Junio de 1904.—Linares.—Señor.....»

V A R I E D A D E S

Entre las diversas Memorias presentadas al concurso celebrado por la *Asociación de la Prensa médica española* para premiar el mejor trabajo sobre *Medios que pueden ponerse en práctica por el Estado, las Corporaciones ó particulares para auxiliar á los estudiantes desprovistos de fortuna*, han sido premiadas las que llevan los lemas siguientes:

Premio, *Fraternidad y cultura*.—Accésit, *Cultura, cultura y cultura*.—Accésit extraordinario, *Ars longa vita brevis*.—Menciones hono-

ríficas: *Nadie vive como hombre sino aquel que sabe; Querer es poder, y Feci quod potui.*

*
**

Acaba de aprobarse en Rusia un Reglamento relativo á la organización de los trenes sanitarios para el Extremo Oriente.

Estos trenes, organizados para mientras dure la guerra, tienen por misión asegurar el transporte hacia el interior del Imperio de los heridos y enfermos que necesiten cuidados prolongados, que no podrían ser debidamente asistidos en el teatro de las operaciones.

Los trenes sanitarios pueden organizarse por la autoridad militar, con personal militar y por las Sociedades de la Cruz Roja ó por particulares con personal civil. Pero en este último caso, un jefe militar tendrá la dirección, aun cuando la Sociedad ó las personas que hayan organizado un tren de esta clase tengan designado un jefe de servicio de su conveniencia; este jefe de servicio conserva solamente la dirección del personal civil, pero está subordinado, para el empleo y los movimientos del tren, al comandante militar.

Todos los trenes, cualquiera que sea su procedencia, están á la disposición y bajo las órdenes de la autoridad militar. Para lo relativo á los movimientos que se hayan de ejecutar se atenderán á las indicaciones del servicio militar de los caminos de hierro, y cuando se encuentren en la zona del ejército estarán á la disposición del General *de día*, que es, de los Subjefes de Estado Mayor, el que se ocupa de los detalles concernientes al personal y al material.

Cada uno de estos trenes está organizado para poder admitir de una vez por lo menos 250 enfermos ó heridos.

*
**

La *Noveie Vremia* llama la atención sobre las grandes dificultades que presentan las condiciones especiales del teatro de la guerra para el mantenimiento de un buen estado sanitario entre las tropas.

En 1894-95, hace notar este artículo, los japoneses tuvieron hasta su llegada á Haïchen 900 muertos y 1.500 heridos solamente, mientras que en el mismo lapso de tiempo acudieron á los hospitales 18.000 enfermos.

Durante la campaña de China, en 1900, las tropas rusas que operaban en la provincia de Petchili sufrieron mucho con la disentería. En lugar de la proporción habitual de 15 casos por 1.000, dos regimientos alcanzaron, el uno 298 y el otro 231.

Estos antecedentes indican con cuánto cuidado habrá que luchar contra las enfermedades para mantener un buen estado sanitario. Las que hay que combatir con más empeño son la disentería, la fiebre tifoidea y las fiebres palúdicas, y, en fin, las enfermedades del pecho (pneumonías, bronquitis, etc.), causadas por los enfriamientos.

Se podrá prevenir contra la disentería cuidando la alimentación de las tropas; nada será demasiado costoso si se consigue, gracias á una buena alimentación, conservar la salud de los hombres.

Contra la fiebre tifoidea hay que ejecutar cuidadosamente las pres-

cripciones higiénicas relativas á las arboledas (*fenillées*); pero el agotamiento es en campaña el principal factor de esta grave enfermedad.

Para las fiebres palúdicas, frecuentes en verano y en otoño, se espera hallar remedio por el tratamiento preventivo de la quinina.

Cuanto á las enfermedades del pecho, muy peligrosas para el soldado ruso en un clima que, como el de la Manchuria meridional y de Corea (latitud de la Italia meridional), es en verano caluroso y húmedo, no se podrá disminuir el número de ellas más que por la adopción de vestuario y utensilio de verano apropiados al clima.

El autor del artículo que acabamos de analizar someramente sólo se ocupa de las tropas rusas. Este estudio no está aislado. Se recuerda en Rusia las terribles pérdidas por enfermedades que acarreó la campaña de 1877-78, y se ha resuelto, acertadamente, hacer todos los sacrificios necesarios para evitar su reproducción.

En lo que se refiere al estudio sanitario actual de las tropas rusas, todas las correspondencias rusas ó procedentes de extranjeros que residen en Manchuria están hasta ahora de acuerdo en daclararle satisfactorio.

Las noticias concernientes á las tropas japonesas son menos satisfactorias. Escasean los datos oficiales sobre este asunto. Pero los periódicos ingleses y americanos más rusófilos han dado falsas informaciones. Al principio hablaron de numerosos casos de congelación y de enfermedades de los ojos por la nieve; ahora anuncian casos frecuentes de disentería y de fiebre tifoidea.

Sea lo que quiera, y sean las que fueren las precauciones que se tomen, hay que atender á un agudo estado de morbosidad existente entre las tropas de ambos beligerantes.

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

Memoria de los trabajos ejecutados por el Consejo Superior de Salubridad en el año de 1900. — México. 1902.

Corpo sanitario militare marittimo. — Situazione al 15 febbraio 1904. — Roma. 1904.

Higiene de las escuelas públicas de Málaga. — Conferencia leída en la Sociedad Española de Higiene (Sección de Málaga); por *D. Esteban Blanco Alcántara.* — Málaga. 1904.

Postergación orgánica del Cuerpo de Artillería. — Un folleto. — Madrid. 1904.

De los pies deformes y su tratamiento ortopédico y quirúrgico, por *D. Francisco Vidal y Solares.* — Madrid. 1904. (Dos ejemplares).

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por las inyecciones de fosfato de creosota y de tuberculina de Marechal. — Comunicación oral hecha á la Real Academia de Medicina de Madrid, el 5 de Marzo de 1904, por el *Dr. D. Juan Manuel Mariani.* — Madrid. 1904.

Contribución al estudio de la escarlatina en la Habana, por el *Dr. Mario G. Lebrado.* — Habana. 1904.