

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año I

Madrid, 1.º de Junio de 1911.

Núm. 11.

## SUMARIO

*El Colegio de Huérfanos.*—*Sociedad Científica de Sanidad Militar de Barcelona.*—*Herida por arma de fuego de la región suprahióidea con fractura completa del maxilar inferior*, por el Dr. A. Ramirez Santaló.—*Psiquiatría práctica*, por el Dr. César Juarros.—*Un caso de croptosis cólica con obstrucción intestinal*, por José Potous.—*Las anestésias parciales con asociación de adrenalina (conclusión)*, por Ignacio Sanz.—*Varietades.*—*Prensa médico-farmacéutica:* Tratamiento de las fisuras anales por el colargol.—Sobre el tratamiento post-operatorio de la radical sin tapón.—Nuevos casos de trasplaniación de fragmentos de hueso fresco.—Sobre los accidentes debidos al mentol.—Para determinar con certeza la existencia de una sordera.—Tratamiento radical de las lujaciones reducidas.—*Prensa militar profesional:* Las deformaciones de la bala D, tirada sobre placas de acero á corta distancia.—Estadística sanitaria del Ejército alemán 1908-1909.—La bala Krag, perforada interiormente en el sentido de su longitud.—*Sección oficial.*

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## EL COLEGIO DE HUÉRFANOS

El día 25 del pasado Mayo publicó el *Diario Oficial* la Real orden que, basándose en la de creación del Colegio de Huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar, dispone la constitución del Consejo de Administración, y Junta de Gobierno que oportunamente designarán la utilización é inauguración del edificio (probablemente durante el mes de Julio próximo), y propondrán el correspondiente reglamento.

Asimismo se nombrará en breve el personal que ha de figurar en dicho Establecimiento, y cuya plantilla, que aparece en la referida disposición, publicamos en la sección correspondiente.

Mucho nos satisface que el éxito vaya coronando una obra tan meritoria, apoyada en sus comienzos por el anterior Ministro de la Guerra, General Aznar, y actualmente por el ilustre General Luque,

que le ha prestado todo su apoyo, mereciendo también calurosos plácemes el Jefe de la Sección de Sanidad Militar, entusiasta Presidente de la Asociación.

El Colegio de Huérfanos, á más del fin utilísimo y filantrópico que en sí representa, viene á constituir un nuevo é importante sostén de nuestra progresiva institución en el seno del Ejército, afianzando también los vínculos de compañerismo del brillante Cuerpo de Estado Mayor con el nuestro.

Justo es, pues, que dicha obra merezca el auxilio moral y material de los individuos que figuran en ambos escalafones, como hasta aquí ha sucedido, y desde luego auguramos al simpático Establecimiento una era fecunda para los pobres huérfanos, cuya situación actual servirá de muy poderoso estímulo para que los entusiasmos no decaigan.

---

## Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.

---

SESIÓN INAUGURAL (3 DE FEBRERO DE 1911)

*Presidente: Subinspector Médico de primera, D. RAFAEL MIRA.*

**Discurso del Secretario, Médico primero DR. FARRERAS.**

Señores: El Médico mayor D. Antonio Solduga, en la sesión última de la Sección de Sanidad Militar del Primer Congreso Español Internacional Antituberculoso, expresó el deseo de que se organizara esta Sociedad que ahora inauguramos.

Posteriormente me instó el Sr. Solduga para que hiciera lo posible con el fin de realizar su anhelo, y yo, que jamás enfriaré ningún entusiasmo que juzgue progresivo, acogí el del Sr. Solduga con el mayor calor. Sometí su pensamiento al criterio de los compañeros de la Plaza, y, al instante, conseguí el asentimiento de la inmensa mayoría. Recabé luego el permiso de las autoridades, y en todas partes, tanto en la Jefatura de Sanidad Militar de la Pla-

za, como en la Inspección de Sanidad Militar de la Región, y tanto en el Gobierno militar de Barcelona, como en el Gobierno civil de la misma y en la Capitanía general, nuestro intento fué acogido con viva simpatía. Esta subió á un punto que merece nuestra unánime gratitud en el informe del dignísimo Comandante y jurisconsulto D. Vicente Llivina, delegado por el Excmo. Sr. Gobernador militar de la Plaza, para presenciar la sesión preparatoria, en la que se discutió y elaboró nuestros Estatutos. En fin, el Sr. López Brea, nuestro presidente, acaba de recibir una carta del ilustre Jefe de la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra, excellentísimo Sr. D. José de la Calle, con el ofrecimiento ardoroso y espontáneo de su elevadísimo y valiosísimo apoyo para nuestra Sociedad.

No hablaré de la misión que tenemos ni de los ideales que han de animarnos; ello lo hará muchísimo mejor que yo, con su natural elocuencia, el Sr. López Brea. Sólo diré que nuestra Sociedad nace con vitalidad suficiente para que podamos augurarla, desde luego, un porvenir brillante y fructífero. Al trabajo que hoy expone el Sr. Solduga, seguirán otros, en preparación ya, de los Sres. Calleja Marcoartú, Estapé, Soler y Garde, León Taboada, Martínez Carvajal, etc., que darán relieve grande á nuestra Corporación, y harán de la misma un elemento progresivo. Por lo demás, no es probable que decaiga en adelante, porque nuestro Cuerpo gana de día en día nuevos prestigios, y nuestra época impone, cada vez más enérgicamente, la mutualidad y la cooperación de los hombres estudiosos.—He dicho.

#### **Discurso del Presidente, Subinspector Médico de segunda**

DR. LÓPEZ BREA.

Señores Presidentes de honor, queridos compañeros: Al dar la primera señal de vida, al inaugurar hoy sus tareas esta naciente Sociedad, de la que, sin merecerlo, me habéis hecho Presidente, me considero obligado á dirigiros la palabra.

En primer término, para expresaros mi profundo agradecimiento por haberme otorgado vuestros votos, en los que no sé ver sino el reflejo simpático de una onda de cariñosa estimación que de mí irradia hacia todos; fieles espejos vuestras almas, reflejan la imagen de la mía, en la que, si no lográis ver la competencia de un

espíritu cultivado al *dernier cri*, ni los arrestos de un laborante, apreciaréis, en cambio, el cariño paternal que siento por vuestros trabajos y vuestros deseos de brillar, para dar esplendor á la Sanidad Militar patria. Sólo así me explico que busquéis en mí, al par que el calor y la responsabilidad de uno más viejo, ocasión de tributar respeto á un puesto más alto en la escala.

La idea de crear esta Sociedad surgió entre el elemento joven del personal de la Plaza, y, según tengo entendido, fueron sus apóstoles propagadores los Sres. Solduga y Farreras, dos abejas de las más laboriosas de esta colmena, pero pronto hicieron suya tal idea todos los demás.

Muy acertadamente, á mi juicio, entendieron sus iniciadores que, para asegurar la eficacia de esta Sociedad, convenía que cooperaran de consuno las dos escalas de la Sanidad y la Veterinaria Militar, el grupo de biólogos del Ejército, cuyos trabajos se complementan y coordinan en la clínica, en el gabinete de experimentación y en el laboratorio, siempre con vistas al servicio de Guerra que en este orden de estudios nos está encomendado.

Asimismo, comprendieron que su vitalidad estaría más asegurada fuera de la atmósfera oficial (acordándose, sin duda, del fin que tuvieron las Academias del Cuerpo), porque este orden de trabajos debe llevarse á cabo por libérrima espontaneidad, por propio honor y estímulo, como dicen nuestras sabias ordenanzas, sin la presión del mandato, porque si la obediencia es el primer deber militar, la emulación y el honor son sus virtudes más apreciadas.

Sus Estatutos concisos están sabiamente concebidos é inspirados en un espíritu francamente amistoso, fraternal, podríamos decir; pues, á diferencia de otras Sociedades, la autoridad del Presidente, más parece la de un jefe de familia, que delega sus facultades y funciones en aquel de sus miembros que le parece más adecuado por su idoneidad y condiciones para el objeto en que ha de reemplazarlo; por este procedimiento todos se irán entrenando en el cometido de dirigir las discusiones. ¡No puede darse organización más familiar!

Precisa que tengamos una confianza mutua incondicional unos con otros, para que hayamos infundido la vida á esta Sociedad, cortando el cordón umbilical que la uniera al organismo oficial, y dotándola en su temprana edad de una constitución tan democrá-

tica; mas, como nobleza obliga, la caballerosidad más exquisita y la urbanidad más refinada, compatibles con el trato más cariñoso, deben campear en nuestras conferencias. Casi nos hemos juramentado para ello desde el momento que optamos por constituirnos de tal modo.

También esta manera de constitución lleva aparejada la obligación de considerar punto de honor la vitalidad de esta Sociedad hasta lo perdurable, dándole todos el calor que necesita, cada uno según sus fuerzas: unos cooperando con sus trabajos, otros discutiéndolos ó colaborando á su preparación, y todos asistiendo á las sesiones, para hacer honor á los conferenciantes y para ensanchar su cultura. ¡Si esta Sociedad dejara de existir, todos seríamos igualmente responsables del más criminal y vergonzoso de los suicidios!

Parece un deber elemental de cortesía que el día de su inauguración, esta Sociedad salude expresivamente á las numerosas y sabias Corporaciones, Sociedades y agrupaciones de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios, y á los Centros oficiales de las Ciencias biológicas de esta culta ciudad. Os propongo este acuerdo, y que se lo hagamos conocer por circulares.

Conscientes de nuestro valer, no nos es dado permanecer aislados, sino cooperando al intercambio de las ideas, para que se nos conceda la alternativa á que tenemos derecho.

En segundo término, por tratarse de una Sociedad científica, tenéis derecho á esperar de mí que os hable algo de ciencia, y como tópico adecuado á este objeto, me voy á permitir hablaros de la evolución y orientación científica en estos tiempos, para lo cual pediré prestados los conceptos á esos sabios de vista de águila que saben hacer estas síntesis.

(Aquí dió lectura á un escrito en que se exponía el curso, tendencia y matices de las ideas científicas, sus nuevos aportes, cambios de orientación é influencia y hegemonía de ciertas ciencias sobre las otras, en la segunda mitad del siglo pasado, y los pocos años del actual, y de las causas que las han producido.)

## HERIDA POR ARMA DE FUEGO DE LA REGIÓN SUPRAHIÓIDEA

CON FRACTURA COMPLETA DEL MAXILAR INFERIOR

---

Me mueve á publicar esta observación, la rápida curación lograda en este enfermo, y el perfecto resultado que alcancé desde el punto de vista estético.

X, Oficial de Infantería, intenta suicidarse por contrariedades amorosas, disparándose una pistola Browning debajo de la barba. A los cuatro días del accidente, me hago cargo de su asistencia, y al examinar al herido, observo en la región suprahióidea el orificio de entrada de una herida por arma de fuego, de pequeño proyectil, que salió por la boca, arrastrando los dos incisivos superiores y produciendo un surco en la cara inferior de la punta de la lengua, y una rozadura en el labio superior. Huelga describir, por ser de todos conocido, el aspecto desagradable que ofrecían las lesiones, con inflamación intensa y repugnante fetidez; después de limpiar cuidadosamente todas las partes afectas, examiné el maxilar inferior, que ofrecía una fractura completa y múltiple, extrayendo varias esquirlas pequeñas y libres, y dejando colocada una mayor, que, bastante adherida al periostio, ofrecía forma de cuña y comprendía casi toda la altura del maxilar.

¿Qué conducta debíamos seguir? Había una primera indicación urgente que llenar: la de combatir la infección, y si no desterrarla, dada la situación de las lesiones, reducirla á grado tal, que alejara todo peligro de graves complicaciones y permitiera la reparación; afortunadamente, la colocación de la herida cutánea nos permitía fácilmente alcanzar un desagüe perfecto, primordial condición para tal objeto, y para lograrlo, colocamos el tubo más grueso que pudimos pasar, y con ello y los lavados frecuentes de la boca con agua oxigenada, conseguimos el resultado que perseguíamos.

Otra indicación, si no de igual urgencia, no por ello menos importante, había que llenar, y era la de prevenir una consolidación viciosa del maxilar que alterara las funciones encomendadas á la boca, y que, de alcanzar cierto grado, constituiría una grave deformidad. Desechamos por ineficaz, en nuestro caso, la unión de los incisivos inferiores por un hilo metálico, y, por razones de otra in-

dole, no aceptamos la sutura ósea, con la que, era más que probable, sólo conseguiríamos extender la infección del hueso por su amplia comunicación con la cavidad bucal. Por ello, y transcurridos unos días, durante los que las partes mortificadas se eliminaron, y la herida en plena granulación ofrecía buen aspecto, era preciso corregir la triple deformidad que ofrecían los fragmentos: ligera prominencia hacia delante, descenso é inclinación hacia dentro del borde superior de ambas ramas por rotación de las mismas. Para corregir los dos primeros cambios, el aparato de *Bouisson* modificado por *Roy*, es excelente; pero en lugar de encomendar la elevación á uno de los tirantes que lleva, lo dispusimos de la siguiente manera: un trozo de lienzo fuerte, de unos treinta centímetros de largo por seis ú ocho de ancho, lo dividimos en sus dos extremidades y en sentido longitudinal, en la extensión necesaria para que permitiera el cruce de ambos cabos, y una vez apoyado el centro en el mentón, los cabos superiores iban á fijarse, por medio de hebillas, á la parte inferior y á los lados del casquete, y los cabos inferiores se elevaban por delante del pabellón de la oreja, para fijarse de igual modo á la parte inferior de aquél, logrando de este modo, de una manera exacta, lo que nos proponíamos. Quedaba por vencer la rotación hacia dentro, originada por la acción de los milohióideos, para cuya corrección se han propuesto diversos aparatos: de *Morel-Lavallée*, de *Houzelot*, y los más modernos de *El Martín* y de *Kingsley*, que ofrece el inconveniente de ejercer una compresión dolorosa sobre el mentón; y creyendo que una pieza ó placa de caucho nos daría mejor resultado, encomendamos á un dentista su confección, y bajo nuestras indicaciones, y después de varios ensayos, logró fabricar una que, sujetándose por un gancho á los incisivos inferiores, se apoyaba sobre los molares, realizando una coaptación perfecta de los fragmentos. No tardó nuestro enfermo en aprender la separación y colocación de su aparato, haciendo una limpieza frecuente del mismo, y después de desprenderse una pequeña esquirla, pronto cicatrizó la herida, el hueso no tardó en consolidarse, y á los cuarenta y tantos días pude darle de alta, completamente restablecido y sin alteración física ni funcional de ninguna clase; excelente resultado que comprobé muchos meses después.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

## PSIQUIATRÍA PRÁCTICA

### BASES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA EPILEPSIA ESENCIAL.

Con las enfermedades difíciles de diagnosticar pueden formarse dos grandes grupos: uno constituido por aquellas en que la dificultad estriba en la índole de sus caracteres clínicos, y otro integrado por las dolencias de que se hace mal el diagnóstico por culpa de prejuicios y falsas esquematizaciones. La epilepsia esencial pertenece á estas últimas.

Ordinariamente no se exige, para llamar epiléptico á un enfermo, sino que presente crisis convulsivas. El presenciarse una de ellas, el ver la boca llena de espumarajos, que la pupila no reacciona á la luz y que el enfermo parece no sentir los pellizcos, suele bastar para alejar toda duda y para que se comience á recetar bromuro.

Las consecuencias de este especial criterio, muy lamentables en la práctica civil, lo son aun más en la militar, donde la palabra epilepsia implica los conceptos de inutilidad é irresponsabilidad. De todos los síntomas, el de menor importancia diagnóstica es la crisis convulsiva, á pesar de ser el más tenido en cuenta en la práctica; cosa contraria á lo que ocurre con el estado mental, del que no es corriente ocuparse, á pesar de ser lo único capaz de justificar un diagnóstico.

Comenzaremos por analizar el valor clínico del llamado ataque epiléptico. Si éste fuera verdaderamente patognomónico, como se pretende, más por comodidad que por convencimiento, lo natural sería que no hubiera epilépticos sin ataques, que no se presentarán estas crisis convulsivas en enfermos de otras afecciones, y que los ataques poseyeran uniformidad, claridad y precisión iguales en todos los casos. Sin embargo, ninguna de las tres cosas ocurre.

#### *Falta de especificidad del ataque.*

La rigidez pupilar ha sido encontrada en ataques histéricos por Westphal y Karplus. La emisión involuntaria de la orina, durante el ataque, ha sido hallada en los histéricos por Charcot, Karplus y

Oppenheim. La hipotoxicidad de la orina es común al histerismo y á la epilepsia, según Grasset y G. Rauzier. La pérdida de la conciencia ha faltado en casos de ataque incompleto observados por Kolk, Nasse, Griesinger, Hughes, Clarke, Bombarda, Banister, Herpin, etc., etc., y de ataques completos por Kunze y Banister (dos casos), etc. La amnesia después del ataque, tampoco tiene nada de segura, según ha probado Ducosté. Y lo mismo pasa con la mordedura de la lengua, con la caída, con la fórmula de los fosfatos urinarios (Féré y Voisin), etc., etc.; hasta el extremo de obligar á confesar al ilustre neurólogo Jolly «que el diagnóstico con la crisis histérica es difícilísimo, por la mezcla ordinaria de uno y otro proceso».

#### *Ataques sin epilepsia.*

El ataque, como vamos viendo mal llamado epiléptico, puede presentarse, según dice Jolly, en las más variadas enfermedades: demencia precoz, Marchand; psiquiasténia, W. G. Spiller; traumatismos ó fracturas de la columna vertebral, Mlle. Theoktistoff (1); tubérculos del encéfalo, L. Marchand (2); tumor cerebral y meningoencefalitis, L. Marchand (3); lesiones dentarias y gastro-intestinales, Bousquet (4); intoxicaciones por el plomo, el alcohol y el tabaco, Ballet y Faure; diabetes, Lewis y Lonner; lesiones pleurales, M. Roch (5), etc., etc.; pues de querer hacer completa la enumeración, resultaría interminable.

#### *Epilepsia sin convulsiones.*

De la existencia de las llamadas epilepsias psíquica y larvada, nadie duda, y los trabajos de Ardín-Delteil, Pitres, Féré y Voisin han alcanzado plena confirmación clínica el suficiente número de veces para que resulte innecesario volver sobre tal asunto, tanto más, cuanto que es noción lanzada ya en todas las patologías modernas.

Es decir, que el ataque convulsivo no tiene nada de especial

---

(1) Mlle. Theoktistoff *Th. de Lyon*, 1905.

(2) L. Marchand: *Soc. anatomiq de Paris Bull.* pág. 66, Enero 1905.

(3) L. Marchand: *Soc. anatomiq de Paris Bull.* pág. 37, Enero 1906.

(4) F. Bousquet: *Th. de Montpellier*, núm. 97, 1905.

(5) M. Roch: *Revue de Médecine*, año XXV, núms. 11 y 12, 1905.

en los síntomas que le integran; se presenta en individuos no epilépticos, y existen epilépticos no convulsivantes.

¿Cuál es entonces la base diagnóstica de la epilepsia esencial?

*El estado mental.*

*El epiléptico es un degenerado mental.*

Esta afirmación, piedra angular de la tesis sostenida en este trabajo, tiene en su apoyo una rara unanimidad de estadísticas y opiniones. Todas ellas están extractadas en otras publicaciones mías (véase la nota final), y á ellas remito al lector, pues allí encontrará la confirmación de que, como dice Raymond, la epilepsia es una resultante de todas las huellas ancestrales, marcadas por la neuropatía, la intoxicación ó la infección.

Claro es, que siendo el epiléptico un degenerado, su estado mental ha de ser forzosamente una variedad del amplio cuadro psíquico de la degeneración, y vecino, por tanto, del histerismo, de la neurastenia y de la psiquiastenia, aunque no tanto que no permita un diagnóstico fácil.

*Características del estado mental epiléptico.*

Estos caracteres son: irritabilidad, cambios explosivos del carácter, tendencia á los vicios, trastornos del sueño, impulsos, miedos morbosos, perturbaciones de la memoria, de la volición, variabilidad de los sentimientos, terquedad, exaltación de los sentimientos afectivos, alucinaciones (1).

*Crisis convulsivas y epilepsias.*

A pesar de esta enumeración tan clara y precisa, es frecuente ver llamar epilépticos á enfermos que nada presentan de ella, y esto débese á una confusión, para deshacer la cual ya hemos proporcionado suficientes elementos. Crisis convulsiva y epilepsia esencial son dos cosas totalmente distintas, como lo son fiebre y tuberculosis; ni todos los tuberculosos tienen fiebre, ni todos los que tienen fiebre son tuberculosos.

---

(1) G. Hochart: *Th. Paris*, núm. 27, 1909.

Según esto, ¿el ataque convulsivo no tiene más valor que el de un síntoma? Sí, y lo prueba, además de los datos clínicos antes citados, el que Prevost ha logrado producirlo mediante la aplicación de una corriente alterna; que Meyer y Clurie han obtenido crisis epilépticas por ligadura temporal, durante ocho minutos, de las dos venas renales; Kussmaul, por oclusión brusca de las carótidas y vertebrales; Nothnagel, por excitación de la parte anterior del cuarto ventrículo, etc., etc. En síntesis: el ataque epiléptico es una simple traducción clínica de una exaltación del poder excito-motor de la corteza cerebral, que, por tanto, puede reconocer como causa todas las capaces de producir dicha exaltación.

### *Epilepsias tardías.*

Al llegar aquí, sale al paso una objeción: la de cómo tratándose de un estado mental congénito, existen epilepsias cuyo primer síntoma se reveló á los treinta ó cuarenta años de edad y aun más tarde. La contestación es sencilla y convincente; se trataba de convulsiones, fruto de diversos procesos cerebrales, pero no de epilepsias esenciales, pues para poder calificarse de tales, faltaba el estado mental específico. Este argumento pudiera rechazarlo el lector por demasiado teórico, y para evitar que así ocurra, le recordaré que en los casos de epilepsia tardía, seguidos de autopsia, que registra la literatura médica, se hallaron siempre lesiones claras y hondas del cerebro, justificativas de las convulsiones. En el caso de Southard, arterio-esclerosis generalizada con lesiones celulares alrededor de un foco de reblandecimiento del hemisferio izquierdo; en el de Marchand y Olivier, meningo-encefalitis localizada á las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes; en otro de Marchand, tumor de la substancia gris del lóbulo frontal izquierdo con meningo-encefalitis localizada á las regiones frágiles del tumor y alteraciones meningíticas crónicas en el hemisferio derecho, etc., etcétera.

### *Consecuencias prácticas.*

Varias, y á cual más importantes; en primer término, utilidad de ver en la epilepsia, para lo que al pronóstico se refiere, un estado mental congénito; falta de valor diagnóstico del acceso convulsivo; necesidad de recurrir al estudio del estado mental como orienta-

ción diagnóstica; conveniencia de desconfiar de toda epilepsia tardía, etc., etc. Y en cuanto á las aplicaciones de estas ideas, en la psiquiatría militar son tan claras, que sería una torpeza tratar de ponerlas de relieve.

DR. CÉSAR JUARROS,

Médico primero.

La indole de este trabajo me ha impedido citar en detalle toda la bibliografía; el lector que desee conocer la no enumerada, puede consultar las siguientes publicaciones:

C. Juarros: «De cómo debe entenderse la epilepsia llamada esencial.» REVISTA DE SANIDAD MILITAR, núms. 11 y 12, 1909.

C. Juarros: «Valor del estado mental en el diagnóstico de las psico-neurosis.»—*Archivos Españoles de Neurología*, núm. 2, 1910.

Esta última ha sido analizada en: *L'Encephale*, pág. 316, II, 1910; *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, pág. 177, Bd. 40, 1910; *La Presse Médicale*, pág. 375, 1910; *Revue Neurologique*, pág. 446, núm 7, 1911.

---

## Un caso de crotosis cólica con obstrucción intestinal.

ENTEROCLISIS.—CURACIÓN.

---

En la mañana del día 27 de Septiembre de 1909, ingresaba en la clínica de Cirugía y heridos, á nuestro cargo en el Hospital Central de Melilla, durante el período de campaña, el marinero del crucero de nuestra Armada *Princesa de Asturias*, Ramón Marfohe, de veintitrés años, natural de Cervas (Coruña), de robusta constitución, el cual aquejaba dolor tensivo y angustioso hacia la región cólica, manifestándonos que no podía, desde hacía algunos días, verificar la defecación; hecho que, si bien le había ocurrido otras veces, pues era común en él permanecer varios días sin hacer uso de dicha función, nunca le produjo el intenso malestar que ahora le ocasionaba, unido al deseo y á la necesidad de exonerar el intestino.

Insistimos por nuestra parte en que determinase el número de

días que padecía el actual estreñimiento, y nos manifestó que haría unos ocho, pero que hasta tres días antes de su ingreso en el Hospital no se había presentado al Médico, por haberse iniciado entonces la opresión, que en un principio atribuyó á las rudas faenas á que se dedicaba en la playa de Restinga, teniendo que permanecer algunas horas con las piernas sumergidas en el agua. El Médico le dispuso un purgante, con el cual solía vencerse este estado; pero á la mañana siguiente, en vista de la sensibilidad dolorosa del vientre, de lo pertinaz de la astringencia y de ciertos reflejos gástricos que se acentuaban, pasando de la náusea al vómito, el facultativo diagnosticó, sin duda, una oclusión ú obstrucción intestinal (1), disponiendo lo necesario para el transporte á Melilla del citado marinerero, el cual, por lo molesto del viaje y lo penoso de su afección, se hallaba muy necesitado de descanso, no obstante ser su estado general bastante satisfactorio.

Apreciábase, sin embargo, alguna pequeñez, lentitud y depresibilidad del pulso, y si bien los dolores de vientre no eran exagerados, le determinaban alguna intranquilidad, perfectamente compatible, por otra parte, con cierta locuacidad y temple de espíritu, hallándose animoso y confiado.

Procedimos á la exploración abdominal, encontrando la región hiperestésica, debido indudablemente á la hiperhemia epiplóica que acompaña á estos obstáculos al movimiento vermicular, anulando el peristaltismo. Tratamos de localizar la tumoración característica que implica la asimetría del vientre, y que suele formar contraste con la flacidez de las partes deprimidas, y no pudimos, en verdad, descubrirla; hasta que una ligera percusión nos denotó una zona de macidez profunda, pero muy apreciable, en la región del colon transversal, porción que se descubría á la palpación casi superficialmente, desprovista en cierto modo de la capa de intestinos delgados que normalmente se le antepone, sobre todo en las partes laterales del abdomen (ángulo esplénico, especialmente), y cuya sensación de dureza nos daba idea de una total y antigua ocupación, pero sin que determinase la turgencia intestinal de

---

(1) Que por cierto fué tan mal interpretado por elementos extraños á la profesión, que el anuncio de ingreso en el hospital de dicho marinerero se apoyaba en que las autoridades, de acuerdo con el Médico de la dotación, habían dispuesto pasara el enfermo sin pérdida de tiempo á una sala de cirugía para proceder inmediatamente á la operación, por tratarse de una *estrangulación herniaria* de alguna fecha, y por tanto de suma gravedad.

las proximidades, ni los conocidos borborismos. El pulso, por otra parte, reaccionaba favorablemente, y aunque esto no suele tener, tratándose de oclusiones ú obstrucción, un valor determinante, como en otras afecciones, llamó nuestra atención, así como la poca frecuencia de los vómitos, ligeramente porráceos, en sentido favorable al pronóstico, reforzando esta opinión lo observado y ya descrito localmente, y la ausencia de la facies característica, descompuesta, marmórea, casi hipocrática, que se acentúa cada vez más, á medida que la expectación transcurre. En nuestro enfermo, por el contrario, observábase el optimismo á que hemos hecho referencia, contestando con el mayor aplomo y relativa tranquilidad á nuestras preguntas, no ofreciendo la menor obtusión mental.

A pesar de nuestra opinión personal, desde el principio encaminada á no considerar por el momento el caso de una gravedad extraordinaria, rogamos á algunos compañeros nuestros vieran al enfermo, por si juzgaban de urgencia el tratamiento quirúrgico (ano artificial, laparotomía supraumbilical), y reunidos en consulta el Médico primero Sr. Bartolomé Relimpio, el segundo Sr. Pagés Maravé y el que estas líneas escribe, se acordó aplazar hasta las tres de la tarde toda intervención, paliativa en el primer caso y radical en el segundo, en vista del buen estado del enfermo, dando conocimiento del acuerdo al Sr. Director del Hospital, Sr. Sánchez Lapresa, que, respondiendo, de una parte, á su propio interés, y de otra, al demostrado por los Exemos. Sres. Almirante de la Escuadra, General Morgado, y Gobernador militar de la Plaza, General Arizón, estuvo al habla con nosotros desde el primer momento, facilitando nuestras determinaciones.

Permanecimos al lado del enfermo durante dicho tiempo, administrándole algunas bebidas frías para calmar su sed, y al reunirnos nuevamente con los citados compañeros á la hora convenida, era tan favorable el estado del paciente, que aun sin hallarse vencido el obstáculo y afirmándonos en el diagnóstico de obstrucción intestinal por retención de heces (estreñimiento habitual), acordamos un nuevo aplazamiento, para ver de emplear los procedimientos más simples, pero de reconocida eficacia en estos casos, que no obligan tanto á la laparotomía, como los de vólvulo, invaginación y los de causa peri-intestinal.

Se acudió, pues, á la inyección de grandes cantidades de agua previamente hervida, lográndose la expulsión de algunos pequeños

coprolitos; los vómitos cesaron, y á continuación de un enema de aceite de olivas esterilizado, se verificó una abundantísima deposición que puso término al obstáculo, mejorando rapidísimamente el estado general y el local.

Continuamos, á pesar de ello, con la dieta hídrica hasta el siguiente día, que instituímos la láctea, pasando después á la vitelina y sucesivamente á una alimentación progresiva y moderada. Sometimos al paciente á pequeñas dosis matinales de magnesia calcinada y agua de Mondariz á pasto, no descuidando las irrigaciones intestinales, cada vez menos copiosas, logrando casi á diario el restablecimiento de las deposiciones; y diez y seis días después dábamos el alta al repetido enfermo, que fué visitado constantemente por el General Morgado, Comandante de Marina Sr. Morales y Médico primero del *Carlos V* (1), quien convenía en sus visitas con nuestra apreciación de la necesidad de no atropellarse, en los casos moderados de obstrucción intestinal, en determinaciones operatorias, que, por otra parte, no hallaban en el viejo caserón nosocomial de Melilla y su detestable sala de operaciones, el ambiente quirúrgico (atmósferas y locales puros) que tan indispensable se hace en estas serias y delicadas intervenciones.

JOSÉ POTOUS,

Médico mayor.

---

## LAS ANESTESIAS PARCIALES

### CON ASOCIACIÓN DE ADRENALINA

---

(CONCLUSIÓN)

Los autores, en las diferentes especialidades que cultivan, asocian cantidades diversas dentro de esta anestesia por infiltración; quién, como E. Wormser (de Basilea), lo mismo en las perineorrafias que en las suturas del peritoneo roto, durante la parturición emplea cantidades pequeñas, II á V gotas, ateniéndose á la fórmula de

---

(1) Por ausencia de el del *Princesa*, que continuaba en la Restinga.

Braun, Darier en oculística, Dill y Hartwing en las operaciones dentarias, lo elevan á 1 c. c. por cada 10 de la solución anestésica, é infiltrando 1 ó 2 c. c. Sin la pretensión de sentar juicio definitivo por lo que hace á la cantidad, puedo consignar otro caso (sargento del Regimiento Infantería de Gerona) de extirpación de papilomas extensos del dorso de la mano, habiendo incorporado á la cocaína XX gotas de la solución madre de adrenalina aprovechada en casi su totalidad, sin que ocurriese contratiempo alguno; en cambio, favoreciendo la isquemia y la cauterización con que terminó la intervención. Además de los autores citados, están confirmadas las experiencias por Battier, Suárez de Mendoza (uno de los grandes preconizadores), Zeigan, Stolz, etc.

Revisando el segundo capítulo, nos encontramos que al método regional de Oberst por la compresión elástica se le ha agregado una parte, la vaso-constricción adrenalínica, con el efecto de los anestésicos locales. Haciendo las inyecciones perineurales de cocaína, como el Dr. Reclus, con algunas gotas del constrictor vascular, la anestesia en las inervaciones de los nervios periféricos ha sido perfecta: decimos anestesia, y debiéramos siempre escribir analgesia, porque en realidad la pérdida es de la sensibilidad al dolor, conservando la térmica y la táctil, á la vez que la contractilidad muscular. Como todo tiene sus límites, hay necesidad de un número mayor de centímetros cúbicos del líquido inyectado, para asegurar la analgesia en todos los troncos, porque las diferentes partes anatómicas reciben filetes de todos ellos, y, lo que es peor en los profundos, ponerlos previamente al descubierto, y el hecho este impone de por sí el uso de la adrenalina, que evitará mayores cantidades de anestésico. Braun recomienda analgesiar por lo menos dos de estos troncos nerviosos, y aun así, no llevamos la narcosis más allá de regiones limitadas; preferible es actuar sobre el mayor número posible; cabe, sin embargo, la afirmación de que el recurso es aprovechable en operaciones muy cruentas, como resecciones del maxilar superior, de tibia, etc., á condición de practicar primero la analgesia superficialmente en las partes blandas, y después profundamente en los distintos nervios que inerven la zona donde vamos á actuar. Esto lo prueba el haberse podido llevar á cabo operaciones tan cruentas como la resección del maxilar superior (Dr. Guedea), sin una queja ni protesta del enfermo.

Estas grandes tentativas de Krognis, primero; de Braun de Leip-

zig, después, fundándose aquél en los estudios de Alms, al demostrar experimentalmente cómo la cocaína entonces, después sus sucedáneos, interrumpen la corriente sensitiva en el sitio ó parte del nervio donde se aplica, aunque se aprovechen con preferencia para anestesiar los troncos nerviosos subcutáneos. En campaña es donde, con todas sus restricciones, llenará el cometido, y estas soluciones anesteso-constrictoras tendrán como principal límite aquellos traumatismos en que, por la extensión é índole del mismo, nos expongan á contracciones musculares que implican resistencia, ó nos presenten tal campo operatorio, que la isquemia sea casi ilusoria.

La narcosis que, como sabemos, dura de dos á cinco horas, quedando perfecta en general á los treinta minutos de practicadas las inyecciones, no ha tenido para Braun «ninguna consecuencia desagradable» (1). Igualmente hace constar Römer, con la paranefrina, en un número grande de inyectados; además, ve el operador de Leipzig en el extracto suprarrenal, el medio de disminuir la toxicidad de la cocaína y alipina aumentando la fuerza anestésica. Este hecho, refrendado por Honigmann y otros autores, se ha impugnado por W. Sikemeier, después de experiencias llevadas á cabo sobre conejos y observaciones en distintos operados, la mayoría de hernias; no niega que la inyección previa de adrenalina puede retardar la intoxicación cocaínica, en doble y hasta en triple cantidad de tiempo, á condición de no hacerla simultánea; en cambio, deja de asignar ventaja alguna mayor anestésica, rindiéndose por lo que hace al efecto hemostático indiscutible. La controversia, que se halla más bien dentro de la narcosis por infiltración, aun reduciendo el papel de la adrenalina, queda con relieve bastante para destacarse en esta variedad de anestesia. En último término, lo que se hace es acentuarla más, á la vez que se obtiene la vasoconstricción, haciendo extensivo el primer procedimiento y completándolo con las inyecciones perineurales; pero aun así, ¿existirá algún caso en la clínica que impone finalizar la operación mediante el cloroformo ó el éter? Esto ocurre alguna vez, probablemente, por deficiencia en la inyección; mas no por ello resta importancia á los procedimientos citados.

Variando mucho los efectos cocaínicos y los de sus sucesores, según la indiosincrasia individual, el estado de los órganos en que

(1) Más de 150 operaciones con la novocaína-adrenalina en 1905.

se hace la aplicación y el sitio, este punto sube de importancia cuando la analgesia queremos producirla en la mitad inferior del cuerpo ó infra-diafragmática por inyección subaranoidea; claro que no es sólo la cocaína (Chaput, Sonnenburg, Tuffier y Bier, etc., emplearon estovaina; Hermes, Opitz Stieda, etc., novocaína, ambas con más poder ofensivo) la que es capaz de conseguirlo; el bromhidrato de quinina al 1 por 100, el sulfato de magnesium al 25 por 100, que obra asimismo interceptando el poder conductor del tronco nervioso, la antipirina, eucaína, etc., lo consiguen. Bier, que innovó el método, llevó á cabo la punción lumbar; el Dr. A. Dönitz lo modifica, inyectando como preliminar del anestésico la adrenalina (0,5 c. c. de una solución normal al 1 por 1.000, adicionada de igual cantidad de agua); con ello persigue el hacer inofensiva la cocainización, evitando ó pretendiendo evitar los fenómenos, no sólo preanalgésicos y analgésicos (hormigueos, malestar, sudores: dilatación pupilar, vómitos y cefalalgia), sino los posteriores, que son de mayor cuidado, la reacción térmica y el colapso, persistiendo en algunos el estado nauseoso y la intolerancia gástrica. Como la punción lumbar reglada es inofensiva, y además no tenemos necesidad de sacar la aguja para inyectar después el anestésico, la adición al procedimiento sigue siendo fácil; el mismo autor coloca en rango inferior á la tropococaína, en cuanto provoca desórdenes motores algo más acentuados que la cocaína, y Bier, P. De-francesdu y Kümmell ven en ella, en cambio, un alcaloide más ino-cente. No contamos con hechos para juzgarlo; la analgesia por inyección raquidiana ha hecho pocos prosélitos entre nosotros, si se exceptúa la Facultad de Medicina de Zaragoza, que fué de las primeras en practicarla, apenas si se utiliza; los contratiempos referidos por los Dres. Colomer y Bellver, de Valencia; Cardenal y Raventós, en Barcelona; Guedea y Bravo (D. J.), en Madrid, le restaron partidarios; la impresionabilidad especial de cada sujeto, la dificultad en regular paulatinamente las dosis, el cuidado á terminar la operación mediante el sueño clorofórmico acumulando narcótico, mantiene expectantes á los más. Sin embargo, el asociar el anestésico con otros agentes correctores, fué ya iniciado por Raco-viceano Piterci; y ¿quién mejor que la adrenalina puede llenar esta misión? ¿Cómo han de disputarle el efecto la morfina, trinitrina y atropina? Sí; el ideal desde Tuffier fué evitar la difusión del alcaloide empleado para impedir ó corregir su expansión, con objeto

de que no llegue al cerebro ni á los centros bulbo-medulares. De ser suficientes las dosis pequeñas y produciendo la analgesia perfecta, la modificación convencería á los retraídos, y los vómitos persistentes y la cefalalgia continuada, atenuadas ó borradas del cuadro, dirían de por sí la bondad de la asociación. Las contraindicaciones continuarán siendo las mismas operaciones que requieran laparotomía previa ó resolución muscular completa; de todos modos, ya que no es utilizable para la práctica ambulatoria, por la necesidad de guardar reposo el operado durante veinticuatro horas, en nuestros Hospitales de campaña y en casos especiales de Cirugía militar, bien por el medio, la ocasión ó el hecho clínico, puede prestar un gran servicio, á veces irremplazable, hoy que podemos ya llevar consigo las soluciones en tubos cerrados á la lámpara.

La materia tiene ancho campo que, á medida que se experimente, completará el capítulo de las anestésias locales, de actualidad siempre dentro de la Terapéutica quirúrgica, y la adrenalina, ó extracto suprarrenal, cooperará é irá siempre unida en estos estudios á los alcaloides de la anestesia.

IGNACIO SANZ,

Médico primero.

---

## VARIEDADES

---

Con el presente número, y respondiendo al deseo manifestado por numerosos compañeros, repartimos la escalilla con el lugar de residencia de los distintos Cuerpos y dependencias á continuación de los destinos.

Aunque procuraremos estar al corriente en lo sucesivo de la situación de dichas unidades, agradeceremos se nos indique cualquier falta, omisión ó retraso que en ello se notare, especialmente en los cambios de guarnición de las tropas que suelen verificarse, á veces inopinadamente, pudiéndonos pasar desapercibidos.

El día 18 del pasado, á las once de la mañana, pronunció una interesante conferencia en el Instituto Rubio, acerca del *Diagnóstico de las neurastenias*, nuestro estimado colaborador Sr. Juarros.

El disertante fué justamente aplaudido, dando una nueva prueba de competencia en la especialidad que cultiva.

\*  
\* \*

El Inspector Médico Sr. Mariñas ha sido objeto, en la Coruña, de un entusiasta homenaje de simpatía, por parte de todo el personal del Cuerpo en aquella Región, con motivo de su reciente ascenso, que consistió principalmente en el regalo de la faja, atributo de su jerarquía, y en un espléndido banquete en el Ideal Room de dicha ciudad, al final del cual recibió el Sr. Mariñas pruebas elocuentes del cariño y admiración de sus compañeros y subordinados.

\*  
\* \*

Ha sido nombrado Comisario Regio en el Congreso de Higiene de Dresde el respetable Senador Excmo. Sr. D. Angel Pulido.

\*  
\* \*

El General francés Guerin ha remitido la medalla militar de dicha nación al estudiante de Medicina y soldado de Caballería, Steinhelmer, que acaba de sufrir la amputación del brazo derecho, á continuación de una infección contraída cuidando los enfermos de la enfermería de la Part-Dieu.

\*  
\* \*

Nuestro querido compañero de redacción Sr. Ubeda ha sido agraciado con la encomienda ordinaria de la Orden civil del Mérito Agrícola.

Reciba nuestra afectuosa enhorabuena.

\*  
\* \*

El 20 del pasado Mayo falleció en Málaga, en donde ha tiempo

residía, el distinguido Subinspector Médico retirado D. Federico Orellana.

¡Descanse en paz!

\*  
\* \*

Ha salido para las Palmas, después de breve estancia en esta corte, nuestro estimado compañero el Médico segundo Sr. Rodríguez y Martínez Toledano.

\*  
\* \*

Son dignos de elogio los artículos publicados en *La Correspondencia Militar* acerca de los botiquines y revistas sanitarias en los Cuerpos, por el Médico mayor Sr. Valderrama.

\*  
\* \*

Ha regresado de su excursión oficial al extranjero el inteligente Médico primero Sr. Morales Fernández.

También se encuentra en esta corte, procedente de Logroño, el digno Director de aquel Hospital militar, Médico mayor D. Niccanor Cilla.

\*  
\* \*

Hemos recibido la *Bibliografía de las Ciencias Médicas* que acaba de publicar la librería J. B. Bailliére é Hijos, calle de Hautefeuille, 19, París, clasificando por orden de materias todos los volúmenes y memorias importantes sobre un sujeto dado. Este volumen, de 192 páginas en 8.º, se vende al precio de un franco; pero será enviado gratis á los lectores de esta REVISTA que hicieran el pedido á los editores citando el nombre del periódico, y enviando 25 céntimos á que ascienden los gastos de porte, en sellos de correos franceses ó extranjeros.

---

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

**Tratamiento de las fisuras anales por el colargol.** (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, Abril 1911.)—M. Siredey señala los felices resultados obtenidos en el tratamiento de las fisuras de ano por el empleo de la pomada al colargol, aconsejada por Walter, la cual usa para sus enfermos al 1 por 6. Se recomienda á los pacientes ligeras irrigaciones ó supositorios de manteca de cacao (sin glicerina), para evitar los esfuerzos de la defecación. Después de haber lavado, enjabonado y enjugado minuciosamente la región, se aplica la pomada en el orificio, haciéndola penetrar en el ano por medio del índice, y verificando con él, al propio tiempo, pequeños masajes, durante cinco ó seis minutos, sobre toda la longitud del conducto anal.

La operación, ligeramente dolorosa al principio, es bien pronto soportada fácilmente, proporcionando una mejoría momentánea, que se acentúa cada vez más.

Hace falta servirse de un dedal de caucho, limpiando en seguida la región perineal, después de la unción, valiéndose de una torunda de huata, embebida en éter, y recubrir el ano con una cura de gasa ó de huata no hidrófila, que se mantiene con un vendaje en T. Estas unturas deben ser hechas después de las deposiciones, repitiéndolas tanto como sea posible por las mañanas, y renovándolas á la noche al acostarse, pudiendo ser practicadas

por el enfermo ó valiéndose de otra persona.

El tratamiento no vence en todos los casos, pero facilita siempre la dilatación, que puede hacerse necesaria.—*J. P.*

\*  
\*  
\*

**Sobre el tratamiento post-operatorio de la radical sin tapón,** por Isemer.—Muy desfavorables al señalado método son las experiencias realizadas en la clínica de *Schwartz*, pues en 14 casos sólo 2 han curado, al cabo de diez semanas, sin formar membranas ni recesus. En los restantes, á la tercera semana, se producía una formación exuberante de vegetaciones con secreción abundante, que á la quinta comenzaban á desaparecer. Terminada la reparación, se veía delante del antro una especie de cortina que formaba una bolsa supurante, ó se observaba delante de la caja una membrana con una perforación arriba ó abajo, que dejaba salir pus, y cuando faltaban las membranas se formaban bridas. El resultado funcional era muy malo, ya que en todos los casos los enfermos oían mejor antes que después de ser operados.—*Santaló.*

\*  
\*  
\*

**Nuevos casos de trasplatación de fragmentos de hueso fresco.**—Desde hace algún tiempo, venía elogiándose las ventajas y utilida-

des que reportaban las trasplantaciones óseas, destinadas á la conservación de miembros, que sin este nuevo método hubiesen tenido que sufrir la amputación.

Axhausen (de Berlín) acaba de publicar dos observaciones muy demostrativas (*Arch. für Klinische Chirurgie.*)

La primera se refiere á un caso de fibroma de la extremidad superior del fémur. Una muchacha, de nueve años, cae y se fractura el cuello quirúrgico del fémur derecho; consolidación á las seis semanas. Poco después, acortamiento del miembro, con flexión á nivel de la antigua fractura; hueso anormalmente tumefacto. Al intervenir, se encuentra quiste, que se extirpa; el hueso se endereza por osteoclasia. A las dos semanas, consolidación perfecta. Al cumplir diez años de edad, por haberse acortado ó incurvado de nuevo el miembro, es necesario que use bota de alza.

Cuando entró en el hospital tenía veintitrés años; se diagnosticó, y comprobó por la radiografía, un tumor en el tercio superior del fémur. La operación consistió en su disección, en la sección del hueso, por debajo del tumor, y en la extirpación de toda la extremidad superior, incluso la cabeza. A continuación se resecó un trozo de peroné, del mismo lado, *con periostio*, y se trasplantó á la cadera, introduciendo una extremidad en la cavidad cotiloidea del iliaco y la otra en el canal central del fémur.

Suturas y apósito enyesado. Análisis histológico del tumor, que resultó ser un fibroma. Cicatrización por primera intención. Diez y ocho meses después de la operación, se había formado una verdadera near-

trois, y á los veintidós, la enferma marchaba sin aparato alguno, pudiendo hacer movimientos de 60° en la flexión, de 20° en la abducción y de 15° en la adducción.

La segunda observación es un caso de sarcoma de la primera falange del pulgar derecho. La falange fué extirpada en totalidad y sustituida por un fragmento de tibia con periostio; y como días después se produjera una luxación dorsal de la extremidad superior del injerto, se hizo, con anestesia local, una resección con sutura ósea; resultado satisfactorio.

El análisis histológico de la parte resecada comprobó que el hueso trasplantado muere y que, á expensas del periostio, se crea un nuevo hueso. — *Juarros.*

\* \* \*

**Sobre los accidentes debidos al mentol.**— El Dr. Jorge Laurens publica en *La Clínica* (núm. 7) un artículo en el cual reconoce que todos los inconvenientes atribuidos á este medicamento son muy exactos, pero que se deben casi exclusivamente á la preparación empleada ó á la técnica puesta en uso.

Muy frecuentemente, las especialidades nasófilas ó corizóforas llevan consigo unas dosis excesivas de mentol. Muy á menudo también, el médico prescribe aceitesmentolados al  $\frac{1}{50}$ , al  $\frac{1}{20}$ , que constituyen una concentración muy grande.

El modo de empleo es también susceptible de determinar la intolerancia, y es bien cierto que algunos accidentes asfíticos en los niños de pecho y ciertos espasmos laríngeos en niños de corta edad, son debidos á la penetración algo brusca, con

presión, de aceite mentolado en las fosas nasales, por medio de instrumentos, jeringas, etc.

Instilando con una cucharilla de té 2 ó 3 gotas de aceite mentolado en cada división nasal, y acostando en seguida al niño de costado, se puede evitar en cierta medida el reflejo laringo-traqueal.

Para evitar estos peligros, hace falta emplear el mentol á dosis débiles, y siguiendo una técnica bien reglada.

El mentol debe emplearse siempre al centésimo, bajo la forma de pomadas (para la nariz); de embrocaciones ó pinceladas (para el oído), ó de instilaciones oleosas (rinitis); á este propósito, no debe prescribirse el mentol en disolución en el aceite de almendras dulces, que tiene el inconveniente de enranciarse, sino en el aceite de vaselina.

Las inhalaciones de mentol en las sinusitis agudas, gripales, de la cara, por los vapores de alcohol mentolado, conducen á una sedación manifiesta de los síntomas, provocando la diuresis ó más bien la sinusorrea, y previniendo ó evitando el empiema.

He aquí la fórmula:

Alcohol de 90°. 100 gramos.  
Mentol..... 5

Se derramará una cucharada de las de café en el agua, muy caliente, del irrigador.

Para los corizas agudos y rinitis:

Mentol..... 10 gramos.  
Alcohol de 90°, c. s. para disolverle.

Se moja un pañuelo, dos veces al día, con algunas gotas de esta preparación (inhalación seca). (*Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques*, Abril.)—J. P.

#### Para determinar con certeza la existencia de una sordera.

—El doctor Donald F. Shearer, de Exeter; dirige una carta al editor de un importante periódico profesional londinense que éste publica (1), en la cual se recomienda un ingenioso procedimiento para descubrir la simulación ó existencia de la cofosis. Tal asunto tiene gran interés para los Médicos militares, principalmente para los encargados de las salas de comprobación, y para los que observan los útiles condicionales en las Cajas de reclutamiento. Manifiesta el comunicante que quien ha logrado acreditar el método, es el doctor Lombard, del Hospital Laenec, habiéndolo visto practicar por vez primera en la clínica del Dr. Sebileau, en París, en otoño de 1909. Se halla basado en la regulación normal é instintiva de la voz. Tiene las ventajas de ser inocuo y seguro, no permitiendo que el enfermo se aperciba del mecanismo en virtud del cual averiguaremos, de un modo cierto, su buena fe ó su superchería; pero tiene el inconveniente de que no puede usarse con los analfabetos, pues mientras dura la prueba, el examinando debe leer en alta voz.

Consiste en aplicar á las orejas del sujeto un par de receptores de teléfono, é invitarle á que nos lea fuerte cualquier cosa. Los receptores se hallan conectados con un transformador de corriente eléctrica que puede alternativamente funcionar, cuando y como nos conveniga. Por lo general, se empieza por un ciclo de sesenta revoluciones, lo cual, produce una nota grave, cuyo

(1) *The Lancet*, núm. 4.576, pág. 1.305. Mayo 13, 1911.

volumen podemos aumentar según queramos. Si el enfermo es sordo o no percibe ningún ruido, no altera la voz cuando, sin advertirse-lo, echamos á andar el transformador. Si no lo es, aunque al principio se defiende, irá luego inconscientemente elevando la fuerza de remisión, y la bajará también sin darse cuenta, á medida que el ruido producido por nuestra intervención sea menor. Cuando la sordera es unilateral, también puede aplicarse el procedimiento suspendiendo el paso de la corriente por el receptor que mejor nos parezca. De este modo, al cortarla en el oído sordo, la voz no cambia, y al darla en el sano, la voz se hace más fuerte. Con algo de práctica, se logra incluso una determinación bastante aproximada del grado de sordera, marcando al efecto el transformador con una escala en la cual anotamos el punto en que la voz sube ó baja. Tan sencillo y racional nos parece el ensayo, que lo único que nos choca ahora es pensar cómo no se ha usado hace ya mucho tiempo.—  
*Iñigo.*

**Tratamiento radical de las lujaciones reducidas.** — Derecq (*La Presse Médicale*) propone un nuevo medio de curar pronto, y sin reliquias, las lujaciones reducidas. El reposo y la contención que suelen

ordenarse, no tienen acción alguna sedante sobre el dolor, ni curativa sobre las lesiones y derrames consecutivos á arrancamientos y contusiones.

El método Derecq consiste en someter el miembro enfermo á una ducha sulfurosa caliente, de 38° á 40°, á través de una criba de 6 á 10 centímetros de diámetro, con presión débil—basta 2 atmósferas.

La acción de la ducha se ayuda con masaje, que, sostenido diez ó doce minutos, produce un beneficio que dura varias horas.

Si el masaje se renueva cada veinticuatro horas, la circulación activa local reemplaza al éxtasis, se realiza el juego articular y se mantiene la tonicidad muscular; condiciones todas muy á propósito para evitar la producción de un estado patológico crónico.

El procedimiento tiene varias contraindicaciones: en primer lugar, las soluciones de continuidad, las heridas y las fracturas. Constituyen también un serio motivo de abstención los estados febriles, las cardiopatías, las degeneraciones renales y los estados arterio-escleróticos muy acentuados. El fundamento del método consiste en provocar una rápida vasodilatación que descargue la circulación lenta y difícil por compresión en los tejidos infiltrados, borrando los dolores y aboliendo el estado de defensa muscular.—  
*Juarros.*

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

### **Las deformaciones de la bala D, tirada sobre placas de acero á corta distancia.** (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*)

El Médico mayor de segunda clase, ayudante de profesor en la Escuela de Sanidad Militar, Mr. Veunin, hace un estudio muy detenido de este asunto, que viene á completar el que su colega Mr. Bonete publicó en el mismo periódico, hace tiempo, sobre el tiro de fusil á largas distancias con la nueva bala D puntiaguada, aceptada como reglamentaria en Francia, y semejante á la S alemana.

Fundamenta la necesidad de su estudio en dos razones muy justificadas: la primera, de orden militar, pues, dados los progresos del armamento, y la manera de hacer la guerra en la actualidad, se han de perfeccionar y multiplicar los medios defensivos resistentes; y la segunda, de orden técnico, puesto que las deformaciones sufridas por las balas al chocar contra obstáculos resistentes que producen su deformación y fragmentación, con las consiguientes variaciones en su fuerza viva ó energía remanente, dan al proyectil una potencia vulnerable muy especial.

La consecuencia principal que el autor deduce de sus estudios y experiencias, es que la cohesión del metal del proyectil, y la velocidad

que le anima en el momento del choque contra un obstáculo resistente, son factores principales en la deformación y fragmentación, que puede ser igual, aunque una ú otra varíen, si se compensan en la fórmula matemática que liga estas tres cantidades.

Además, deriva estas consecuencias prácticas:

I. Las planchas de blindaje utilizadas para la defensiva pueden ser un peligro para los defensores, por efecto de los rebotes y fragmentos, cuando el enemigo tira á corta distancia.

II. La zona peligrosa de estos rebotes no pasa, por lo general, de algunos metros; pero la de los fragmentos puede llegar hasta 50 metros. Debe evitarse, por esta razón, colocar hombres, aunque sean centinelas y se hallen en el fondo de una trinchera, en la inmediación de placas metálicas ú otros medios resistentes.

III. Los proyectiles desviados por el choque poseen una velocidad pequeña: bastará, pues, cubrir de tierra, hasta 10 centímetros, las placas metálicas, para evitar la mayor parte de las balas rebotadas ó de sus fragmentos.

IV. Las partes descubiertas del cuerpo del soldado son las más expuestas por este concepto, pues los vestidos de algún grueso detienen

fácilmente tales proyectiles. La cabeza está más expuesta que el resto del cuerpo, tanto para los tiros directos, como para los rebotes y fragmentos. El casco dado como ensayo á la artillería francesa, constituye, por tal motivo, una prenda de cabeza indicada para esta clase de combatientes, que están muy expuestos á dichos rebotes y fragmentos de las balas que chocan contra los escudos de las piezas y los blindajes de los carros de municiones y otras partes metálicas del material.—*J. P.*

\* \* \*

**Estadística sanitaria del Ejército alemán, 1908-1909.**—He aquí algunos datos de la Memoria anual acerca del estado sanitario de los Ejércitos de Prusia, Sajonia y Wurtemberg, desde 1.º de Octubre de 1908 á igual fecha de 1909:

La fuerza en revista fué de 550.505 hombres, de los que se asistieron 110.088 en el hospital; 177.750 en sus enfermerías, y 22.537 en cuarteles y enfermerías, lo que hace en total 310.375 enfermos, ó sea un 563,8 por 1.000 de la fuerza en revista.

La mortalidad en los hospitales fué de 604; 1,1 por 1.000 del total de soldados, y fuera de los hospitales murieron 332, lo que eleva la cifra anterior á 1,70 por 1.000 de la fuerza presente.

De éstos murieron: por enfermedad, 541; por accidente, 163, y por suicidio, 232; habiendo aumentado, con relación al año anterior, los muertos por accidente y por suicidio, y disminuido los muertos por enfermedad.

Por tuberculosis fallecieron 114 soldados; por fiebre tifoidea, 28; de pulmonía, 85; de pleuresía, 19; de

meningitis y enfermedades del cerebro, 25; por enfermedades del aparato digestivo, 82, y del aparato circulatorio, 21.

Se dieron por inútiles temporales 12.824 soldados, ó sea 23,3 por 1.000, y totales 9.047, 16,4 por 1.000; en total, 39,7 por 1.000.—*F. G. D.*

\* \* \*

**La bala Krag, perforada interiormente en el sentido de su longitud.**

(*Le Caducée*, 15 Abril 1911.)—Hace ya algunos años que se busca reducir el peso de los proyectiles. Krag ha ideado horadar el centro de la bala de plomo, mediante un canal longitudinal destinado á aligerar el proyectil. Este conducto es más ancho en su base que hacia la punta, afectando, en suma, una forma cónica.

Algún tiempo después, el Dr. Hebler, de Suiza, intentó también reducir el peso de la bala de plomo, perforándola con un conducto, pero cilíndrico, habiendo estudiado sus propiedades el Dr. Hans Daxe, de Cristiania (*Deut. Milit. Zeits.*).

Después de una serie de experiencias sobre distintas regiones del cadáver, dice el autor, en forma de conclusión, que no se aprecian con este proyectil vaciado los efectos explosivos que algunos le habían reprochado, no pudiendo, por tanto, ser clasificado entre los proyectiles, condenados por los reglamentos humanitarios internacionales, y añade que, á su juicio, un hombre herido, sobre el campo de batalla, con el proyectil de 11,40 mm., debe temer menos que el que lo haya sido por bala de 9 mm., superando también aquel á este en efectos vulnerantes.—*J. P.*

## SECCIÓN OFICIAL

---

- 9 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 104) concediendo prórroga del plazo reglamentario para que pueda trasladarse desde Vitoria á Burgos, por cuenta del Estado, á la familia del Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Francisco Aracama Álava.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 105) concediendo al Farmacéutico mayor D. José Úbeda Correal la Cruz de primera clase del Mérito Militar con distintivo blanco, y pasador de «Industria Militar».
- 11 » Real orden (*D. O.* núm. 105) desestimando instancia promovida por el Médico primero D. Germán Sorni Peset, que solicitaba abono de las diferencias de descuento del 5 al 10 por 100, que se le practicaron desde 1.º de Septiembre de 1908 á fin de Diciembre de 1909, en pensiones de cruces rojas del Mérito Militar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 105) concediendo prórroga del plazo reglamentario para que pueda trasladarse, por cuenta del Estado, desde esta Corte á la Coruña, á la familia del Médico mayor D. Francisco Ibáñez Aliaga.
- 12 » Real orden circular (*D. O.* núm. 105) concediendo ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar, con el empleo de Farmacéuticos segundos y efectividad de esta fecha, á los opositores aprobados por orden de conceptuación, D. Antonio Moyano Cordón, D. Antonio Xiberta Raig, D. Rafael Ximénez de la Macorra, D. Adolfo González Rodríguez, D. Adrián Panadero Marugán, D. José de la Helguera Ortiz, D. Pío Pont Quer, D. Sotero Baras Rios, D. Ramón Fraguas Fernández, D. Manuel Pando Armand y D. Miguel Zabala Lara.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 107) concediendo la Cruz de primera clase del Mérito Militar con distintivo blanco, y pasador de

- «Industria Militar», al Farmacéutico mayor D. Angel Vega Fernández, y al primero D. Tomás Vidal Freixinet.
- 18 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 107) disponiendo le sirvan de abono para extinguir el plazo de obligatoria permanencia en Melilla, los once meses y once días que sirvió en Comisión durante la última campaña el Médico segundo D. Fortunato García Gómez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 107) nombrando Vocal interino de la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Segovia al Médico primero D. Sebastián Galligo Elola.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 107) disponiendo desempeñe el cargo de comprobación de útiles condicionales de la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Almería el Médico primero D. Florencio Villa Pérez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 109) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Gregorio Gonzalo Martínez, D. Maurelio Belsol Oria y D. Francisco de la Peña Azaola, al Médico segundo D. Tomás López Mata y al provisional D. Eugenio Rodríguez Pascual.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 110) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo; á los Médicos primeros D. José Hernando Pérez, D. Francisco Escapa Bravo, D. Manuel Pérez Martorell, D. Rafael Merino Lorenzo y D. Julio Grafulla Soto, y al Médico segundo D. Julio Villar Madrueño.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 111) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Santiago Pérez Sais; á los primeros D. Joaquín Arechagá Casanova, D. Rafael Chicoy Arreceigor, D. Matías Navarro Sancho y D. Antonio Horcada Mateo, y al segundo D. Antonio Muñoz Zuara.
- 16 » » Real orden (*D. O.* núm. 108) disponiendo se abonen al Médico primero D. Lucas Zamora Monterrubio, en concepto de indemnización, la cantidad de 50 pesetas mensuales desde el 19 de Agosto hasta el 11 de Noviembre de 1910, en que prestó sus servicios en las escuelas prácticas, efectuadas por la compañía de Zapadores Minadores de la Comandancia de Ingenieros de Tenerife.

- 16 Mayo. — Real orden (*D. O.* núm. 108) disponiendo que el reconocimiento definitivo de los Jefes y Oficiales presuntos dementes se haga en la forma que para los individuos de tropa, con arreglo á lo que determina la Real orden de 22 de Abril de 1898 (*C. L.* núm. 125).
- 18 > Real orden (*D. O.* núm. 109) concediendo á la familia del Médico primero D. Manuel Díez Bádenas, prórroga del plazo reglamentario para que pueda trasladarse, por cuenta del Estado, desde Logroño á San Sebastián de la Gomera.
- 19 > Real orden circular (*D. O.* núm. 109) disponiendo que los Farmacéuticos segundos recientemente promovidos á dicho empleo, antes de incorporarse á sus destinos, reciban la instrucción militar y la facultativa complementaria, siendo por esta vez, y en atención á la escasez de personal, las prácticas de un mes de duración en la Academia Médico-militar y en Farmacias militares de esta corte.
- > > Real orden circular (*D. O.* núm. 109) disponiendo deje de ser reglamentario el capote gris para los Jefes, Oficiales y tropa, quienes, no obstante, podrán seguirlo usando durante el tiempo que tiene éste señalado de duración, y declarando reglamentario el capote que lo era antes de usarse el de color gris.
- \* \* Real orden (*D. O.* núm. 110) concediendo ingreso en la Reserva facultativa del Cuerpo al recluta, excedente de cupo, destinado en el Regimiento Infantería del Príncipe, núm. 3, D. Eloy Riera Fernández, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Farmacia.
- > > Real orden (*D. O.* núm. 113) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda D. Antonio Moncada Alvarez; Médico mayor don Antonio Constanti Bajer; Médicos primeros D. José Luis Saavedra, D. Ramón Anglada Fuxá, D. Carlos Corso Serrano, D. Baltasar Tomé Ortiz, y Médicos segundos D. Cándido Soriano Catalán y D. Federico Ramos de Molins.
- > > Real orden (*D. O.* núm. 113) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda D. Marcial Barreiro Martelo, y al Médico mayor D. José Barreiro de la Iglesia.

20 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 111) disponiendo le sirvan para extinguir el plazo de obligatoria permanencia en Alhucemas cuatro meses y trece días, ó sea la mitad de los que sirvió en la última campaña de Melilla, y en su anterior empleo, el Médico primero D. Manuel Bastos Ansart.

» » Real orden (*D. O.* núm. 111) nombrando Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Málaga al Médico mayor D. José Lasmarias Rubira.

» » Real orden (*D. O.* núm. 111) nombrando Vocal interino de la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Zaragoza al Médico mayor D. Isidro García Julián.

23 » Real orden (*D. O.* núm. 112) disponiendo que los Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo comprendidos en la siguiente relación pasen á servir los destinos que en la misma se les señalan, debiendo presentarse los Farmacéuticos segundos en la Academia Médico-militar, el día 30 del actual, para efectuar las prácticas prevenidas en disposiciones anteriores:

*Farmacéutico primero:* D. Enrique Díaz Martínez, excedente en la primera Región y en comisión en la Farmacia militar de Madrid, núm. 2, al Hospital militar de Logroño.

*Farmacéuticos segundos de nuevo ingreso:* D. Antonio Moyano Cordón, al Hospital militar de Madrid, de plantilla; D. Antonio Xiberta Roig, á la Farmacia militar de Madrid, núm. 2, de plantilla; D. Rafael Ximénez de la Macorra, al Hospital militar de Málaga, de plantilla; D. Adolfo González Rodríguez, á situación de excedente en la 6.<sup>a</sup> Región y en comisión á la Farmacia militar de Burgos, con arreglo á la Real orden de 10 de Abril próximo pasado; D. Adriano Panadero Marugán, á la Farmacia sucursal de Sevilla, de plantilla; D. José de la Helguera Ortiz, á la Farmacia militar de Madrid, núm. 3, de plantilla; D. Pio Font Quer, á situación de excedente en la 6.<sup>a</sup> Región y en comisión á la Farmacia militar de Burgos, con arreglo á la Real orden de 10 de Abril próximo pasado; D. Sotero Baras Ríos, á la Farmacia sucursal de Sevilla, de plantilla; D. Ramón Fragas Fernández, á la Farmacia militar de Madrid, núm. 4, de plantilla; D. Manuel de Pando Armand, á la Farmacia militar de Madrid, número 2, de plantilla, y D. Miguel Zavala y Lara, al Hospital militar de Vitoria, de plantilla.

24 Mayo.—Real orden (D. O. núm. 113) disponiendo se constituya el Consejo de Administración y la Junta de Gobierno del Colegio de Huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar, tan pronto se nombre el personal correspondiente, á fin de que estudien y propongan lo conveniente para la próxima instalación del mismo y Reglamento para su funcionamiento, constituyéndose la plantilla como á continuación se expresa, y nombrándose el personal en comisión del de ambos Cuerpos en las clases respectivas, ínterin se consignen en presupuesto los créditos necesarios:

*Consejo de Administración.*—Presidente: un Capitán ó Teniente general procedente del Cuerpo de Estado Mayor; Vicepresidente: el Inspector Jefe de Sanidad Militar de la primera Región; Secretario: el Subinspector de segunda Jefe de estudios del Colegio; Vocales: un Coronel, un Teniente coronel, un Comandante y un Capitán del Cuerpo de Estado Mayor, y un Subinspector Médico de primera, un Subinspector Farmacéutico de segunda, un Médico mayor y otro primero, nombrados de los de estas clases que tengan destino de plantilla en Madrid.

*Junta de Gobierno.*—Presidente: el Inspector Médico Jefe de Sección del Ministerio de la Guerra; Vicepresidente: el Coronel de Estado Mayor Director del Colegio; Secretario: el Comandante de Estado Mayor profesor del Colegio; Tesorero: el Médico mayor profesor del Colegio; Auxiliares: un Capitán de Estado Mayor y un Médico primero, profesores del Colegio, los que además serán suplentes del Secretario y Tesorero, respectivamente, en las ausencias y enfermedades de éstos.

*Plantilla del Colegio.*—Director: un Coronel de Estado Mayor; Jefe de estudios y del detall: un Subinspector Médico de segunda clase; Profesores: un Comandante y un Capitán de Estado Mayor, un Médico mayor, otro primero y un Farmacéutico primero de Sanidad Militar. Asistencia espiritual: un Capellán primero del Cuerpo Eclesiástico del Ejército.

---