

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año III

Madrid 1.º de Agosto de 1909

Número 15

SUMARIO

Peligros de la taxis en las hernias estranguladas, por A. Solduga.—Organización y formaciones sanitarias de una división en campaña: Los hospitales de campaña, por F. González Deleito.—Primer Congreso nacional de la tuberculosis: Influencia de los cambios bruscos de temperatura en la evolución de la tuberculosis pulmonar, singularmente del soldado, por P. Farreras.—*Prensa médica*: Inyecciones rectales con vino tinto en la diarrea infantil.—El Tiresol.—La suero-reacción de Wassermann en Cirugía.—Intervención del sistema nervioso en los fenómenos de anafilaxia aguda.—Penetración del espirilo de la fiebre recurrente á través de los tegumentos y las mucosas intactas.—Contribución al estudio de la anafilaxia.—Tratamiento combinado de la tuberculosis por el atoxil y la tuberculina.—La nueva bala del Ejército suizo.—*Bibliografía*: La vida del obrero en España desde el punto de vista higiénico, por Nemesio Fernández Cuesta y Porta, con prólogo de D. Angel Fernández Caro y Nouvilas.—*Sección o íctal*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Agosto de 1909.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

PELIGROS DE LA TAXIS EN LAS HERNIAS ESTRANGULADAS

Me mueve á llevar este asunto á la consideración de la Academia, á pesar de no constituir un tema de palpitante actualidad, por más que lo conceptúo de gran interés práctico, si se tiene en cuenta la diversidad de criterios existente entre los Cirujanos acerca del uso de la taxis en las hernias estranguladas, pues mientras algunos no quieren oír hablar de tal procedimiento, otros estudian el mejor modo de practicarlo, dictando reglas para ello. No tengo la pretensión de intentar aunar todos los pareceres, mi modesta intervención en este asunto se dirige y concreta principalmente á consignar algunas observaciones personales recogidas en los servicios de cirugía del Hospital de la Santa Cruz y Sagrado Corazón de esta capital y algunas propias, y lo que se

deduzca de las mismas y del análisis de las lesiones que se fraguan en las vísceras estranguladas, y que muchas veces aceleran, precipitan, la práctica de la taxis, con los peligros inherentes á la misma, sentar el criterio que tengo formado acerca del particular.

No desconozco que los autores de Patología quirúrgica, al tratar de este punto de herniología, señalan los peligros de una taxis inmoderada; pero tanto la práctica hospitalaria, como la particular, enseñan que no se hace el debido caso á las complicaciones y á los daños que con el uso de la taxis se infringe á los enfermos con una intención digna de mejor suerte.

Pocas veces ocurre en la práctica, que el Cirujano es llamado en los primeros momentos, en las primeras horas que subsiguen á la estrangulación; generalmente se han pasado uno ó más días, tiempo suficiente para que el intestino ó epiplón, que son las vísceras que más frecuentemente se encuentran estranguladas en el interior del saco herniano, presenten lesiones de importancia; y aunque estas lesiones no estén muy avanzadas, y el Médico, por medio de una taxis fructuosa, haya podido conseguir reintroducir en el interior de la cavidad ventral la víscera ó vísceras herniadas, ¿ha desaparecido todo peligro? Cuando se juntan ó se reúnen toda esa serie de condiciones favorables de tiempo, medio, etc., y aun suponiendo el caso más sencillo, ó sea aquel en que no existe más que un solo saco, el peligro sigue; para que así no fuera, sería preciso poder hacer el diagnóstico de las lesiones viscerales, y ni por el tiempo transcurrido desde que se fraguó la estrangulación, ni por el examen del estado local, ni en las reacciones del estado general, podemos contar con datos bastantes de la cantidad y calidad de lesión de la víscera estrangulada.

Y cómo no ha de ser así, si ocurre algunas veces, que cuando practicamos la herniotomía en un enterocele, que teniendo en nuestras manos y bajo nuestra inspección visual el segmento intestinal estrangulado, nos es difícil conocer y

apreciar el grado de lesión del mismo, asaltando dudas en nuestro ánimo de si debemos reintegrar al interior del abdomen, mediata ó inmediatamente, esa sección del tubo intestinal. Si pasa esto, ¿qué no ha de ocurrir con un procedimiento ciego, como es la taxis incruenta? Pero aun hay más; quiero suponer que la textura de la pared intestinal haya sufrido poco, que reducida en el vientre el asa intestinal estrangulada, esté en condiciones de volver á su estado primitivo; pero téngase en cuenta que en el interior del saco además del asa intestinal existe, por poco tiempo que haya durado la estrangulación, una cantidad mayor ó menor de liquido, la mayoría de las veces séptico, y por tanto se puede dar el caso, y se da, de que si por medio de una taxis fructora resolvemos el problema mecánico de la estrangulación reintegrándose la circulación del contenido intestinal, el enfermo no queda al abrigo de peligros serios, pudiendo sucumbir rápidamente á una septicemia peritoneal por la inyección en la gran cavidad del peritoneo del liquido extravasado, principalmente á través de la pared intestinal, y contenido en el interior del saco.

La gravedad de la taxis sube de punto, como se comprende bien, cuando se reduce un intestino perforado ó en vías de perforación, ó bien un epiplón esfacelado, pues en estos casos el desastre es seguro, mientras que no haciendo nada, dejando abandonado el enfermo á sus propias fuerzas, el peritoneo puede defenderse con eficacia para aislar enquistando el proceso, con adherencias salvadoras, terminando la estrangulación por la formación de un flemón estercoráceo, con el consiguiente ano contra natura.

Casos prácticos. —En la última guerra de Cuba, ingresó en el Hospital militar de Victoria de las Tunas un guerrillero con una hernia inguinal izquierda estrangulada, estrangulación que databa de cincuenta y seis horas, y procediendo inmediatamente á una taxis moderada de cinco minutos de duración, obtuve la reintegración de la viscera herniada al

interior de la cavidad abdominal, hecho lo cual se le aplicó un vendaje de ingle, recomendándole el reposo absoluto. Al día siguiente, cuadro de peritonitis alarmante, sucumbiendo á los dos días, y revelándonos la autopsia la existencia de una peritonitis difusa, con pequeña cantidad de un líquido sucio en el fondo de Douglas, peritoneo parietal rubicundo, así como también el visceral, con asas intestinales dilatadas pero sin perforación, encontrando únicamente cerca de la embocadura ó enchufe del ileon al ciego un segmento de intestino delgado que presentaba dos pequeñas depresiones, distantes unos 12 centímetros una de otra, indicantes del sitio estrangulado. Abierta esta porción de intestino, encontré que parte de la mucosa estaba exulcerada, pero con integridad de la musculosa y serosa. El saco herniano no ofrecía nada de particular, sin ninguna otra lesión en las demás vísceras contenidas en el vientre.

A mi modo de ver, este es un caso elocuente, que demuestra que la infección peritoneal tuvo lugar al proceder y conseguir una taxis fructuosa, con la cual, á la par que reduje el enterocele, inyecté en la gran cavidad peritoneal el líquido séptico—como es la mayoría de las veces—que se acumula en el interior del saco herniario, y que procede principalmente de extravasaciones que tienen lugar en los vasos venosos congestionados de la pared del intestino.

El día 21 de Diciembre del año próximo pasado, ingresó en la sala de San Juan, ocupando la cama número 10 del Hospital de la Santa Cruz de esta capital, Maria Balina Besé, natural de Sorita, provincia de Castellón, de edad cuarenta y un años y de estado casada, sin más antecedentes patológicos de importancia, que tengan conexión con el estado actual, que el que espontáneamente refiere la enferma, que hace cinco años que al ir á sacar de la cuna á un hijo suyo, sintió dolor fuerte en el bajo vientre y hacia el lado derecho, dolor que

le duró poco tiempo, y que pasados dos ó tres días notó que le salía un bultito en la ingle derecha y que desaparecía apretándolo con la mano. Consultó el caso, y habiéndole dicho que estaba herniada se puso un braguero. Así ha pasado estos últimos cinco años, hasta el día 19 de Diciembre último que reapareció el bulto, sin que pudiera reintroducirlo, causándole fuertes dolores y poco tiempo después vómitos, por lo que determinó ingresar en el hospital.

Examinada la enferma por el Jefe de la clínica, sienta el diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada; hace la taxis, y después de breves momentos consigue reducir la hernia; al día siguiente, la enferma presenta fenómenos de peritonitis, que duran cuatro días. El día 28 del mismo mes es llevada la enferma á la mesa de operaciones para practicarle la cura radical de la hernia, y al abrir el saco, que era de paredes gruesas, el Cirujano se encuentra que en el interior del mismo existe excremento; drenó el pedículo del saco con un tubo grueso y sutura parcialmente la herida, y después de un curso post-operatorio bueno, durante el cual la enferma no tuvo vómitos ni temperatura, el día 4 de Enero del corriente la enferma muere casi repentinamente, no habiéndosele podido hacer la autopsia por haberse negado rotundamente la familia.

Este es un buen caso que demuestra palmariamente los graves peligros que en sí lleva la taxis fructuosa, que á ciegas reduce intestino esfacelado.

En el mes de Noviembre del año último, ingresó en el servicio de cirugía del Hospital de la Santa Cruz, á cargo del Doctor Ribas y Ribas, un individuo de unos veintiséis años, manifestando que hacía mucho tiempo que padecía una hernia inguinal derecha y que desde hacía cinco días, que estando trabajando, después de hacer un esfuerzo, notó fuerte dolor en la ingle derecha, y que habiendo intentado reducir la hernia,

cosa que le había sido siempre fácil, no pudo conseguirlo, en vista de lo cual dejó el trabajo y se marchó á su casa, en cuyo punto intentó nuevamente la reducción, y que después de algunos esfuerzos pudo conseguirlo, pero que á pesar de haber obtenido la reducción los dolores siguieron lo mismo y tras los dolores aparecieron vómitos y cesación de las evacuaciones. A pesar de la anamnesis patológica clara y evidente de este enfermo y de la evolución de la enfermedad referida por el mismo, hay que hacer notar que la exploración del trayecto inguinal derecho, cosa fácil en este enfermo, por presentarse bastante dilatado y permitir la introducción del dedo hasta poder alcanzar fácilmente el anillo inguinal interno, no pudimos encontrar ninguna masa más ó menos tensa, más ó menos resistente y dolorosa como era de suponer, en el caso probable de que con los esfuerzos de la taxis, llevada á cabo por el mismo enfermo, éste hubiese hecho una reducción en masa de la hernia estrangulada.

La carencia de este dato positivo, á pesar de las referencias del enfermo, hizo que no pudiera sentarse en firme el diagnóstico de haber convertido en interna una estrangulación externa, si bien se imponía la laparotomía.

Abierto el vientre, con la laparotomía mediana infraumbilical, nos encontramos que las asas del intestino delgado estaban bastante distendidas, hasta llegar á un punto (entre la región hipogástrica y la fosa iliaca derecha) en que una de estas asas intestinales se metía en una especie de rodete ó anillo, existiendo en el círculo del mismo otra asa del intestino delgado vacía; con estos datos á la vista, el diagnóstico se imponía; efectivamente, desbridado el anillo estrangulador y liberada el asa intestinal, pudo verse que dicha asa estaba encarcelada dentro de un saco subperitoneal que no podía ser otro que el saco inguinal, que había reducido en masa el enfermo al practicarse por sí mismo la taxis.

Hace unos cuatro años ingresó en el Hospital del Sagrado Corazón de esta ciudad un enfermo de unos sesenta años de edad, manifestando que hacía muchísimo tiempo que estaba herniado de la ingle derecha, por cuyo motivo no se quitaba el braguero más que para dormir, y que seis días antes, á consecuencia de un esfuerzo, sintió dolor vivo en la ingle derecha, y que examinándose él mismo, vió que la hernia había descendido al escroto; trató de reducirla y lo consiguió, pero á pesar de esto continuaron los dolores, después vómitos; notando que se le hinchaba el vientre llamó á su Médico, y éste encontró que la hernia había descendido nuevamente á la bolsa escrotal, y acto seguido le practicó una sesión de taxis; conseguida la reducción, recomendó reposo al enfermo y asegurándole, á pesar de advertirle el enfermo que antes él por sí mismo había obtenido igual resultado, que todo peligro había desaparecido. A pesar de tan buenos deseos, el enfermo siguió con dolores, vómitos é imposibilidad de hacer de cuerpo. Pocos días después, llamado en consulta otro compañero, acordaron que procedía hacer una operación, lo cual motivó su ingreso en el Sagrado Corazón.

El estado de este enfermo cuando nosotros lo examinamos, era bastante alarmante. Cara gripal, vómitos fecaloideos, pulso á 115, temperatura $36^{\circ},8$, respiración superficial y frecuente, sensorio íntegro, vientre meteorizado hacía seis días, ó sea desde que empezó á sentir el dolor en la fosa ilíaca derecha, que no había expulsado ni gases ni líquidos por el recto; en la región inguinal derecha existía una hernia, que con pocas dificultades se reducía, pero que una vez reducida, tactando el trayecto inguinal, se apreciaba que éste estaba cortado y con la punta del dedo se tocaba una masa de forma esférica, algo dura pero elástica, y en este momento el enfermo aquejaba dolor.

Operado el mismo día por el Dr. Cardenal, con la maestría que todos le reconocemos, se encontró que se trataba de

una hernia inguinal con saco doble, uno escrotal y otro pro-peritoneal, y, por tanto, con un cuello común, radicando la estrangulación únicamente en el cuello de saco subperitoneal, y quedando libre el escrotal, se explica la relativa facilidad que por medio de la taxis se obtenía la reducción de la hernia, al parecer estrangulada.

El día 19 de Enero del presente año ingresó en la sala de Santa María del Hospital de la Santa Cruz, pasando á ocupar la cama número 14 pies, Ramón Torrente, militar retirado, de cincuenta y ocho años de edad, casado y natural de Manila, manifestando que hacía ocho meses, al ir á levantar un peso, sintió dolor y malestar en la fosa iliaca derecha, y como seguía encontrándose mal, dejó el trabajo y se retiró á su casa, en cuyo sitio se desabrochó el pantalón, notando en la ingle del lado derecho la existencia de un bulto del tamaño de un huevo de gallina, y habiéndole dicho después que padecía una hernia, se puso braguero.

El día 18 del mismo mes y año, estando en la calle paseando, tuvo un acceso de tos y sintió un dolor fuerte, muy vivo é intenso en la región herniada y en el epigastrio, que le obligó á penetrar en una farmacia próxima, y tan mal se sentía, que en una camilla lo trasladaron al dispensario de la calle de Sepúlveda, en donde le hicieron la taxis por espacio de media hora sin resultado, y en su vista fué conducido al Hospital de la Santa Cruz.

Examinado este enfermo, presentaba en la región inguino-escrotal una tumoración de forma ovoidea que ocupaba toda la bolsa escrotal, de tamaño mayor que el de un puño, pediculizado hacia la región inguinal, doloroso espontáneamente á la palpación, resistente, con sonido mate á la percusión, y que no aumentaba de volumen por la acción de la prensa abdominal, acusando vómitos desde el principio de la

estrangulación, sin haber conseguido hacer deposición alguna aunque podía expeler gases.

Operado el mismo día de su ingreso por el Dr. Ribas, y abierto el saco, nos encontramos con una hernia epiploica, que no ofrecía otra particularidad que la de haber encontrado sangre en bastante cantidad en el interior del saco, siendo seguramente la causa de esta hemorragia los esfuerzos producidos por la taxis.

Además, el omento gastro-cólico estaba intimamente adherido con las paredes del saco, y estas adherencias, indicadoras de la peritonitis plástica adhesiva del saco herniario y del epiplón, eran anteriores á la estrangulación, demostrándolo el hecho de que el separarlas costó bastante trabajo, debido á que estaban formadas por tejido conjuntivo fibroso, y por tanto que databan de largo tiempo, puesto que cuando se trata de adherencias recientes éstas son blandas, sin consistencia y fácilmente despegables, no necesitando para ello ni siquiera hacer uso de una disección obtusa.

Por manera que no creo que á nadie lícitamente le pueda asaltar la sospecha de que dichas adherencias se fraguaran á consecuencia de la estrangulación, resultando por tanto que esta hernia antes de estrangularse era ya por lo menos parcialmente irreducible, y siendo así, era materialmente imposible obtener una taxis fructuosa, pues ignoro que haya nadie que con este procedimiento se considere con habilidad bastante para separar estas adherencias sin gravísimo daño para el enfermo. Es más, creo que el intentarlo sería un absurdo.

Las consecuencias que pueden deducirse de esta historia clínica son, en mi concepto, altamente importantes y demostrativas de lo improcedente de la taxis. En primer término, con la práctica de la misma se han producido contusiones que han determinado roturas vasculares con la consiguiente hemorragia, y gracias que en este caso se trataba de un epiplo-

cele, que de haber sido una hernia del intestino la contusión de las paredes del mismo es más grave, y en las estrangulaciones medianamente apretadas, en las que el intestino está más fuertemente congestionado, las roturas vasculares de la pared intestinal son mucho más serias, no por el hecho de la hemorragia, que tal vez hubiese sido mayor, sino por la alteración de la textura de la pared del intestino, bastante alterada ya por el hecho de la estrangulación.

No siendo mi objeto otro que llamar la atención de los peligros inherentes á la taxis y de las complicaciones que he visto sobrevenir á algunos enfermos, que padeciendo hernias estranguladas se les ha practicado este procedimiento de reducción, aunque no sea este el momento más á propósito el ocuparme en un tan corto trabajo de los diversos mecanismos de las falsas reducciones por no poder aportar casos prácticos, no quiero dejar de mencionar, aunque sea ligeramente, aquellos hechos que citan todos los autores de Patología, en los cuales la taxis se ha hecho de un modo tan brutal que ha determinado la rotura ó rasgadura del saco estrangulador, obteniéndose una falsa reducción. Citanse casos también de herniosos del conducto inguinal con sacos dobles, uno intra-inguinal ó inguino-escrotal y otro properitoneal ó intersticial, en los que, radicando la estrangulación en el cuello de saco común á ambos, la taxis no reintroduce la viscera herniada al interior de la cavidad ventral, sino que lo hace al interior del saco pro ó subperitoneal ó intersticial, con lo cual se comprende fácilmente bien de que la estrangulación continúa, aunque aparentemente se cree haber conseguido una verdadera reducción.

Las observaciones clínicas apuntadas anteriormente son bastante demostrativas en mi concepto, aparte de otras muchas que he visto y no detallo por no abusar más de vuestra benévola atención, para poder sentar las siguientes conclusiones:

1.^a Que por la taxis, la inmensa mayoría de las veces no se consigue reintroducir la viscera herniada y estrangulada.

2.^a Que en las hernias estranguladas, la taxis, aun siendo fructuosa, puede causar la muerte al enfermo, y cuando no es fructuosa, hace perder tiempo.

3.^a La taxis fructuosa y sin complicaciones no resuelve más que el accidente estrangulación; en cambio con la hermiotomía se combate el accidente, y haciendo cura radical se evitan las recidivas.

4.^a En las hernias estranguladas debe hacerse siempre la quelotomía, estando permitido únicamente hacer la taxis cuando las condiciones de medio y lugar que rodean al práctico no consienten hacer la quelotomía.

ANTONIO SOLDUGA,

Médico mayor.

ORGANIZACIÓN Y FORMACIONES SANITARIAS DE UNA DIVISIÓN EN CAMPAÑA

LOS HOSPITALES DE CAMPAÑA

Distán mucho de estar constantemente afectos á las divisiones, y aun en algunos Reglamentos, como en el nuestro vigente, se consideran el escalón de vanguardia del servicio de primera línea ó evacuación.

He aquí el modo de estar acoplados á la organización de los diferentes Ejércitos:

Inglés.—Un hospital de campaña de 100 camas en cada brigada, uno en cada división y uno en el Cuartel general del Cuerpo de Ejército.

Total, 11 hospitales de 100 camas para un Cuerpo de Ejército y tres para una división de Infantería.

Japonés.—Los hospitales de campaña son francamente divisionarios, y existen cuatro á seis por división.

Ruso.—Existen dos hospitales divisionarios y otros dos móviles por división, pero no agregados á ella, que, como cuatro de reserva, se abren y cierran á voluntad del Inspector general de hospitales.

Alemán.—Existen 12 hospitales de campaña en cada Cuerpo de Ejército, los que, disuelto el batallón sanitario y agregadas las compañías á las divisiones, van formando parte de los batallones de tren, seis en cada uno, asignándoseles cuatro á cada división cuando operan aisladamente. Cada hospital tiene capacidad para 200 enfermos.

Austriaco.—Cada Cuerpo de Ejército tiene afecto como dotación sanitaria de segunda línea un hospital de campaña de tres secciones. Una división aislada tiene afectada una sección del hospital de campaña.

De Suecia y Noruega.—Hospitales de campaña divisionarios: cuatro por división en Suecia y cinco en Noruega.

Francés.—Los hospitales son de Cuerpo de Ejército, y se numeran 1, 2, 3, etc. Caso de que una división opere aislada, se le asignan los hospitales que el Jefe del Ejército conceptúe precisos.

Italiano.—Hospitales de Cuerpo de Ejército.

Esta formación, siguiendo la regla general de todas las de primera línea, tiende á modificarse, haciéndose más ligera y móvil, y su instalación es cada vez más cercana á la línea de fuego.

Su principal misión es relevar las formaciones de la compañía sanitaria, ambulancias, puesto principal de curación, doblándolas en algunas ocasiones; prestar sumario auxilio á heridos y enfermos con alguna mayor detención que en los puestos de curación y ambulancias, y organizar la evacuación á retaguardia.

En alguna ocasión estos hospitales se inmovilizan, quedan

á retaguardia y pasan á depender eventualmente del Médico jefe de los servicios de etapa.

Un hospital de campaña tiene en el Ejército alemán un Médico mayor jefe, un Médico primero y cuatro segundos, un Farmacéutico, 21 individuos del Cuerpo de Tren, 23 clases y soldados de Sanidad Militar, un cocinero, un practicante de Farmacia, un ciclista y cinco Suboficiales y sargentos de servicios auxiliares.

Como material tienen: un carruaje de enfermos análogo al de las ambulancias, con siete ó nueve camillas con bolsa de curación, cuatro para enfermos acostados y el resto de repuesto; lleva cinco linternas de mano, sitio para mochilas y armas de los soldados y armadura para una tienda, además de los depósitos de agua; dos carruajes de Sanidad análogos á los de las ambulancias, con cajas de instrumentos, principal y de conjunto, caja de aseptosia, aparato de esterilización, caja de útiles, utensilio médico y material de curación para las necesidades del hospital y una caja de reactivos. Un furgón modelo 1895, idéntico al de la compañía de Sanidad, con raciones, utensilios de cocina, etc., etc. Cuatro carruajes de utensilios de dos caballos, ó en algunos Cuerpos de Ejército tres de cuatro caballos, con material de hospital, cubiertas de cama, ropas para enfermos, raciones; y, por último, un carruaje para el personal no montado.

En total, á la división están afectos 24 Médicos, cuatro Farmacéuticos y 208 individuos, y 32 carruajes de dos caballos.

Ejército austriaco.—Un hospital de campaña consta de 11 Médicos, uno jefe, tres en cada sección y uno que manda la columna de transportes; tres Suboficiales, tres Farmacéuticos y 196 hombres de tropa de Sanidad; y tiene ocho carruajes por sección con material sanitario, que eventualmente pueden utilizarse para transporte de heridos; tres carruajes de útiles, uno por sección, otros tantos con útiles de enfermería y tres

de reserva. Para transporte del personal hay cuatro carruajes.

La sección de evacuación tiene 15 carruajes de enfermos y uno con material sanitario, y por último, 16 carruajes de subsistencias; total, 69 carruajes, que ocupan en marcha una longitud de 1.350 metros, correspondiendo á las secciones divisionarias tres Médicos, un Oficial de Administración, un Farmacéutico, 57 hombres y 22 carruajes.

En Italia el hospital de campaña tiene afecto el personal siguiente: un Comandante médico, dos Capitanes médicos, cuatro subalternos médicos, un Farmacéutico, un Capellán, 30 clases y soldados para el servicio del hospital, 12 camilleros y 10 asistentes. El material se transporta en ocho carruajes de dos ruedas y uno de cuatro. Un hospital de campaña tiene capacidad para 200 camas.

En ésta, como en todas las formaciones sanitarias, los japoneses han limitado en lo posible el material de transporte. El personal de cada hospital se compone de un Médico mayor jefe, que en tiempo de paz es el Jefe de Sanidad de un regimiento de Infantería; seis Médicos más, un Farmacéutico, nueve Suboficiales y 100 hombres.

Su material, muy análogo al de la compañía divisionaria y prácticamente intercambiable con él, aunque no teóricamente, se compone de seis pares de cestones recubiertos de cuero, con accesorios para la carga en bastes y reforzados con armaduras metálicas, que sirven de cierre. Sus dimensiones son de $70 \times 4 \times 56$ centímetros, y su peso una vez cargados, 45 kilogramos. Contienen medicamentos, instrumental y aparatos de curación, además de accesorios como papel, tinta, partes impresos, etc. Sin embargo, todo se encuentra reducido al mínimun, y así, mientras se encuentran 107 clases de medicamentos en un hospital de campaña alemán, aquí sólo hay 61, y en igual proporción se encuentra el instrumental.

Transporta además tiendas para instalar la sala de operaciones y abrigar á los enfermos en caso de urgencia.

Merecen citarse, entre el material, los reservorios de agua en tela impermeable, seis por hospital, mesa de operaciones, lámparas de acetileno parecidas á las que los austriacos emplean para iluminarse la de operaciones y explorar el campo de batalla durante la noche para el levantamiento de heridos, una instalación fotográfica, dos estufas portátiles para esterilizar material é instrumentos, que funciona con carbón vegetal y con petróleo, y por último, la instalación de rayos X.

Según el Reglamento, todos los hospitales número 3 debían estar provistos de una instalación radioscópica y radiográfica; pero no llegó á funcionar en todas las divisiones por falta de material.

En Inglaterra, los hospitales de campaña que funcionaron en la campaña anglo-boer tenían la siguiente dotación: cuatro Oficiales de S. M., un Oficial subalterno, 12 Suboficiales y 23 hombres del R. A. M. C., y un Suboficial y 19 hombres de la sección de transportes; seis carruajes de material, dos de provisiones y dos carros-aljibes, transportando 25 tiendas para heridos y enfermos, 14 para personal y una para operaciones, y su material consiste en dos bolsas de ambulancia, dos mochilas ídem, dos pares de botiquines, un par de botiquines de reserva, otro par de botiquines especiales, una caja de fracturas y una caja antiséptica modelo 1898, reforzándose la dotación en los hospitales de campaña alejados de la base de operaciones con otra caja de fracturas y tres cajas antisépticas, así como también las cubiertas de lana propias de la dotación. Asimismo en los casos en que el hospital se fraccione en sus dos secciones, de 50 camas cada una, se duplica el número de cajas de fracturas y de cajas antisépticas.

Los rusos tienen para cada división cuatro hospitales de campaña, de los cuales dos van afectos al tren divisionario y

otros dos forman parte del tren de Ejército y dependen del Inspector general de hospitales de campaña. Además hay cuatro hospitales de reserva, que no tienen dotación de transporte, tiendas, almacenes ni alimentos, y tienen cabida para 10 Oficiales y 200 hombres.

Su dotación de material y personal ha sido expuesta con todo detalle en esta REVISTA (1908, núm. 9, pág. 204), y es de cuatro Médicos, un Jefe, un Farmacéutico, uno de Administración, un Inspector de hospital, un ayudante y un Capellán; 10 ayudantes Feldhen, siete Médicos, dos Farmacéuticos y uno de Veterinaria; seis individuos de plana menor y 54 practicantes y enfermeros; un sacristán y cuatro Hermanas de la Caridad, y dos Suboficiales y 26 individuos de la sección de transportes. Los carruajes son 25: 19 para transporte de bagaje, cuatro para material médico-quirúrgico, uno con cuatro caballos para tiendas y otro para las cuatro Hermanas de la Caridad. Transportan estos carruajes 40 camillas, tres tiendas para 20 hombres, ropa y trajes de hospital para 10 Oficiales y 200 hombres, 210 armaduras de cama, 105 mesillas y 400 raciones.

Como se ve por esta rápida reseña, los hospitales de campaña del Ejército ruso son de los mejor dotados, en cambio su impedimenta es enorme. A una división corresponden 77 carruajes entre los de las ambulancias y los dos hospitales móviles, cifra verdaderamente abrumadora.

En Suecia, cada uno de los cuatro hospitales de campaña divisionarios se divide en tres secciones, capaz cada una para 50 enfermos, correspondiendo 150 por hospital y 600 por división, con el personal y material siguiente: un Médico jefe del hospital y de una de las secciones, dos Médicos jefes de las otras dos, un Cura, 23 clases é individuos del Cuerpo de tren, seis Médicos auxiliares, tres Farmacéuticos, cuatro sargentos, dos escribientes, un corneta, tres cabos, tres sanitarios, 12 enfermeros, nueve cocineros y tres hombres

para servicios auxiliares, tres carruajes de hospital y 12 furgones con tiendas, útiles de cocina, etc.

Corresponden en Noruega á cada división cinco hospitales para 100 camas, ó sean 500 camas, y cada uno de ellos tiene el siguiente personal: un Capitán médico, como jefe, dos Tenientes médicos, un Farmacéutico, un Suboficial de Administración, tres sargentos, tres cabos, seis enfermeros y dos cocineros y 11 individuos del Cuerpo de Tren. Cada hospital tiene nueve carruajes, uno para bagajes, dos con material de curación y seis furgones. En la dotación de un hospital figuran dos tiendas para 20 enfermos cada una y otras dos de operaciones.

En España se está transformando la dotación de las unidades sanitarias, y sólo está aprobada en 1905 la dotación de los furgones dietéticos y de utensilios de los hospitales de campaña. A reserva de ulteriores modificaciones, bien pudiera ocurrir que se propusiera como dotación de un hospital de campaña divisionario, de 200 camas, 16 furgones, tienda hospital, capaces para los 200 heridos; cuatro carros de utensilios, un furgón mixto, un dietético, una locomóvil de desinfección, un furgón tanque y un furgón cocina.

F. GONZÁLEZ DELEITO,

Médico primero.

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE LA TUBERCULOSIS

INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA

EN LA EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR, SINGULARMENTE DEL SOLDADO ⁽¹⁾

En la Sección de «Medicina é Higiene militares y navales» del XIV Congreso Internacional de Medicina que se celebró

(1) Disertación hecha en la tarde del día 3 de Octubre de 1908.

en Madrid en 1903, tratóse de la tuberculosis en el Ejército, y casi todos los que intervinimos en las tentativas de resolución de tan grave problema, emitimos la idea de que muchas flegmasías del aparato respiratorio eran de naturaleza tuberculosa, exponían al contagio bacilar ó exacerbaban procesos fímicos latentes del pulmón ó de la pleura.

Striker, de Berlín, dijo que muchos catarros bronquiales, agudos y crónicos, dependían de la tuberculosis; González Deleito consideró como tuberculosos á casi todos los soldados declarados inútiles por flegmasías bronco-pulmonares crónicas; Onsalo indicó que muchos enfermos de rinitis y faringitis crónicas acababan por sucumbir tuberculosos, y, finalmente, yo traté de la frecuencia y de la gravedad de las enfermedades respiratorias del soldado y señalé la necesidad imperiosa de luchar contra el enfriamiento.

González Deleito, que tan concienzudamente ha estudiado la tuberculosis en nuestro Ejército, estimó también que una de las principales condiciones tuberculógenas del servicio militar era la exposición constante del soldado á las infecciones de las vías respiratorias, y en su notable tesis acerca de «La tuberculosis pulmonar en el Ejército español» (pág. 63), insiste más en ello. «Las infecciones del aparato respiratorio — dice — son, en el Ejército, un buen coadyuvante del bacilo de Koch. Bien favoreciendo el contagio, ya despertando focos latentes silenciosos, su acción no puede negarse.... No son solas las pneumonías y pleuropneumonías, es también la grippe y toda clase de bronquitis. En el cuartel todos tosen; tal vez no existe colectividad en la que las bronquitis sean tan frecuentes.....» El número de soldados que tosen es, en efecto, enorme. Una vez pregunté á uno que tosía mucho, por qué no había venido al reconocimiento teniendo un catarro tan fuerte. ¡Oh—me contestó sencillamente—los soldados estamos siempre acatarrados!»

Sean ó no de naturaleza tuberculosa, es un hecho de obser-

vación inmemorial que los enfriamientos exacerban la tuberculosis pulmonar. Ya Hipócrates aconsejaba mucho á los tísicos que se guardasen del frío si querían conllevar el máximo de tiempo su grave dolencia (Colección de Littré, tomo VII, pág. 189). Y G. Paglivi expone, con videncia pasmosa, la exacerbación de las tuberculosis pulmonares latentes. En la página 18 de sus «*Opera omnia*», editadas en Venecia en 1754, dice:

«Latent interdum per plures annos in pulmonibus tuberculi obsque sensibili molestia aegrotantis: manifestantur demum, vel post pleuritidem, vel post anginam, vel post febrim aliquam sanatam».

Ciñéndonos al estudio de este problema en el Ejército, debemos recordar que ya León Colin, en sus «*Etudes cliniques de medecine militaire*», publicados en París en 1864, exponía la frecuencia de las tuberculosis antiguas en los reclutas, y en 1898, en una comunicación á la «*Academie de medecine*» de París, hecha el 24 de Mayo, insistía en que, para el tuberculoso, «*le danger capital..... c'est la brusquerie, la soudaineté des variations atmospheriques*».

«On sait, mais encore ne le sait ou pas en général asses, combien est susceptible l'organisme du tuberculeux, combien impressionable á toutes les transitions climateriques, alors même que ces transitions, *contrairement aux precedentes, le portent brusquement du nord vers le sud.....*»

Coustan, en su erudito «*Aidememoire du medecin militaire*» (París 1907), insiste mucho en que hay en el Ejército «*beaucoup de tuberculeux latents*» (pág. 107); en que la pleuresía es una causa de tuberculosis y muchas veces es de naturaleza tuberculosa (pág. 251), y en que la infantería la padece más por su mayor exposición al enfriamiento. Y en la página 184, para la profilaxis de la tuberculosis, aconseja «*eviter aux hommes les refroidissements en marche; ils conduisent á la pleuresie, une des causes principales de la tuberculose.....*»

En el Congreso Internacional de la tuberculosis celebrado en París en 1905, Kelsch habló de la patogenia de la tuberculosis en el Ejército y conceptuó al enfriamiento como una causa de la misma por aumentar la vulnerabilidad del pulmón. Y en el mismo Congreso, Auffret, Inspector general de Sanidad de la Armada francesa, trató de la tuberculosis en la Marina é hizo resaltar que los marineros más castigados por aquélla eran precisamente los que desempeñaban las profesiones más penosas y que más exponen al enfriamiento y á las enfermedades que hacen toser.

Posteriormente, Brissard (1), Médico mayor del Ejército francés, atribuye también al enfriamiento la notable diferencia entre la gran proporción de tuberculosos en Infantería (8'10 por 1.000 en la estadística de 1902) y la proporción pequeña (3'58 por 1.000) de los individuos de las zonas de reclutamiento y de las oficinas del Estado Mayor, los cuales, á pesar de su vida sedentaria y de vivir por lo general en locales mal ventilados, escapan mucho más que los primeros á la tuberculosis. Hay que considerar — dice — al soldado como pretuberculoso y hay que sustraerle á los enfriamientos que tan á menudo le atacan.

Es, pues, indudable que las flegmasias del aparato respiratorio exacerbaban la tuberculosis pulmonar latente. En una comunicación leída en el XIV Congreso Internacional de Medicina, decía L. Chauvain (2): «La bronchite aiguë est le plus dangereux des accidents qui peuvent atteindre le tuberculeux ou le pretuberculeux». Esos catarros tan frecuentes é intensos en el soldado causan la mayoría de las agudizaciones y agravaciones de focos latentes de tuberculosis. En estos focos ha encontrado Lydid Rabinowitsch (3) bacilos tan virulentos

(1) Ref. en *Ann. d'hyg. pub. et de med. leg.*, 1906, Julio, página 89.

(2) L. Chauvain: «Bronchites aiguës et tuberculose pulmonaire». -- XIV Cong. Intern. de Méd., Abril, 1903.

(3) L. Rabinowitsch: «Zur Frage latenter Tuberkelbazillen». -- *Ber. Klin. Woch.*, 1907.

como los de la generalidad de los esputos y de los tubérculos miliares de los tísicos.

El enfriamiento, por otra parte, disminuye la resistencia del pulmón. E. Ronzani (1) ha demostrado experimentalmente que los pulmones de animales sanos destruyen rápida y energicamente los microorganismos introducidos por sus vías respiratorias, y que los enfriamientos, los baños á 30°, la fatiga y la inhalación de polvo, disminuyen esta defensa natural.

Yo he visto varias veces que los baños del verano ponen de manifiesto procesos pulmonares larvados, y creo que los Médicos militares debemos tener en cuenta esto en las épocas de balneación. Striker ha notado lo mismo. En una disertación-programa para celebrar el Centenario de la fundación de la Academia Médico-militar del Emperador Guillermo, demostró que la tuberculosis pulmonar latente no es raro que se revele por hemoptisis en las escuelas de natación.

¿Quién no ha observado, además, que la más leve impresión de frío hace toser á los que padecen catarros de los órganos respiratorios? ¿Quién ignora la importancia que tiene, sobre todo en los climas fríos, el que los tuberculosos tengan bien abrigada la piel? A mi juicio, al enfriamiento se debe también esa exaltación que algunas pneumofimias experimentan al ir sus pacientes á los climas de altura.

Determann ha descubierto recientemente (2) que con el frío aumenta la viscosidad de la sangre, y relaciona este hecho con la cantidad de ácido carbónico contenido en ella. Por esto la viscosidad de la venosa es mayor que la de la sangre capilar. La mayor viscosidad influye, quizá, paralizando los fagocitos y disminuyendo las bacteriolisinas. A la paraliza-

(1) Enrico Ronzani: «Ueber das Verhalten des bacteriziden Vermögens der Lungen gegenüber einigen Ursachen, die dasselbe zu modifizieren vermögen. — *Arch. f. Hyg.*, 1907, tomo 64, c. 4.º

(2) Determann: «Die Beeinflussung der Viscosität des menschlichen Blutes durch Kältereize, Wärmeentziehung, Wärmezufuhr und Warmstaung». — *Ber. Klin. Woch.*, 1907, números 22 y 23.

ción de los leucocitos, determinada por el frío, atribuye Vincent (1) la posibilidad de que los esporos tetánicos puedan desarrollarse y producir el tétanos llamado *à frigore*. Y según Menzer (2), Médico mayor alemán, el frío empieza por producir isquemia de las mucosas respiratorias y disminuir así el poder de las mismas en su defensa contra los gérmenes.

Mas no sólo mengua esta defensa por el tránsito del calor al frío, sino también por un cambio inverso. Menzer (3) habla de la influencia de los baños termales en las agudizaciones reumáticas y gotosas, en algunos enfermos; de personas cuya flegmasia crónica de las vías respiratorias altas acentúase durante los veranos; de tísicos que soportan mejor los inviernos y que trasladados al Sur sucumben con frecuencia rápidamente.

León Colin (4) había observado lo mismo. «J'ai signalé —decía— la fréquence des formes aiguës substituées à la marche lente de leur affection chez les phtisiques quittant, sans menagement et sans egard à la saison le nord de la France par une station méditerranéenne. J'en ai donné le preuve par mes observations sur notre armée d'occupation de Rome (1866). Aux Indes même, où existent d'autres et de si puissantes causes lethiferes, Bryden a établi que la phtisie était une des maladies les plus redoutables pour les régiments anglais nouvellement arrivés d'Europe».

En «Coll de Ladrone» observé yo bien claro un fenómeno análogo. Cuando después de seis, ocho, diez ó más días de nevar ó de vientos helados veíamos el sol y la temperatura se hacía primaveral, los soldados tenían anginas y bronquitis agudas. En cambio, en los días crueles apenas había enfermos.

(1) Ac. de Med. de París, 11 Febrero 1908.

(2) Menzer: «Das Erkältungsproblem.» *Deuts. Mil. Zeit.*, 5 Enero 1908.

(3) Loc. cit.

(4) Loc. cit.

No sólo es, pues, el enfriamiento; el fenómeno contrario también puede despertar y acrecentar las tuberculosis pulmonares adormecidas. Es más; estas variaciones bruscas no actúan solas: en la vida del soldado se conjugan y multiplican con otros factores de tanta importancia como ellas. Tales son la fatiga, el hacinamiento y las impurezas del ambiente.

Todos hemos experimentado que después de perder noches nos resfriamos con facilidad. Ahora bien, el soldado pierde muchas, por las muchas guardias que hace.

El hacinamiento ya sabemos que influye también en gran manera, y no hay que insistir en ello. Únicamente haré notar que aumenta el ácido carbónico de la sangre y por ende la viscosidad.

Las impurezas ambientes aportan el material infectante. Sin éste no tendría el enfriamiento tan desastrosas consecuencias. En «Coll de Ladrones» el soldado padecía horriblemente de frío en los pies, porque se le adhería la nieve al calzado; y á pesar de ello, no eran los catarros tan graves como en la fuerza de la guarnición de Barcelona, debido, á no dudar, á la pureza de aquel aire y á la de aquel suelo cubierto de nieve.

Consideremos ahora que al soldado, sobre todo de Infantería, se le tiene de guardia dos ó tres veces por semana; que sus mantas le abrigan mal; que por la noche, para ir al retrete, se levanta y, á menudo en calzoncillos, atraviesa largos corredores, descubiertos por lo general; que sale á instrucciones y servicios frequentísimos al aire libre y ora se moja, ora se tuesta; que al llegar al cuartel por la tarde, sudando, se le hace quitar el traje de paño, para que no se manche, y se le hace vestir con uno de mecánica que abriga poco más que aquellos tan funestos de rayadillo; que á veces para tomar baños, en verano, se le hace levantar á las cuatro de la madrugada ó antes, precisamente cuando más reparador es el sueño; que su aseo es más aparente que real, y

recordemos, en fin, que vive hacinado y no tiene más remedio que frecuentar tabernas y casas de mal vivir porque no dispone de salas de recreo en el cuartel, y que por su juventud está más expuesto á infectarse, y nos explicaremos que haya tantos inútiles por tuberculosis pulmonar y por flegmasias crónicas del aparato respiratorio.

Hay que luchar, pues, contra todas estas influencias; urge robustecer á nuestros soldados; es menester acostumbrarles y endurecerles contra las intemperies; es necesario habituarles á la pulcritud y á la ducha. Mas para esto es indispensable que puedan descansar bien y que su vida sea lo más higiénica posible. Como dice nuestro ilustre compañero Sr. Sánchez Fernández (1) «el Ejército, en tiempo de paz, no debe ser un foco de inutilización y de muerte, una máquina destructora de la salud de los hombres, sino por el contrario, un centro de vigorización, donde se perfeccionen en su educación física, intelectual y moral».

P. FARRERAS,

Medico primero.

PRENSA MEDICA

Inyecciones rectales con vino tinto en la diarrea infantil.—El Dr. Houssay (*Rev. Franc. de Med. et de Chir.*, 25 Junio 1909) habla con entusiasmo de lavar el intestino grueso con vino caliente en casos graves de diarrea infantil. Entendiendo que el vino tinto de Francia es un antiséptico eficaz, siendo como es una solución de ácido ta-

nico y alcohol, el autor recomienda el uso de este medicamento en el tratamiento de la diarrea estival de los niños, que él comprobó en gran escala durante el año 1880 en Cochinchina. La irrigación la hace con un inyector de doble cánula, que permite hacer un lavado del intestino sin permitir mucho la absorción del medicamento. Para

(1) L. Sánchez Fernández: «Modo de disminuir la mortalidad en el Ejército».—Comunicación al XIV Congreso Internac. de Med., Madrid, Abril. 1908.

este caso recomienda vinos tintos que tengan muy escasa cantidad de alcohol, con el fin de evitar la intoxicación alcohólica.

* *

El Tiresol.—El Dr. Hirschberg cree que es un progreso grande el conseguido por las manufacturas químicas, salvando al aceite de sándalo de sus irritantes propiedades, ó efecto, sobre el riñón, el estómago y la piel. La fábrica de Bayer y C.^ª, de Elberfeld, ha introducido en la práctica un preparado llamado *Tiresol*, que es un éter-metilsantalol. Varias publicaciones se han consagrado á estudiar los efectos del tiresol en la blenorragia, resultando muy favorable su información, demostrándose que no tiene la acción irritante de la esencia de sándalo ordinaria. El tiresol es un líquido amarillo pálido que posee un olor ligeramente aromático, es insoluble en el agua, pero soluble en el alcohol absoluto, éter, cloroformo, etc. Los gatos y conejos toleran muy bien un gramo administrado por la boca. El Dr. Hirschberg ha empleado este medicamento en gran número de mujeres de la clínica del Dr. Nagel y policlínica de Berlín. El tiresol es dado en gotas, pastillas y cápsulas que contienen 3 decigramos. Las pastillas son hechas con carbonato de magnesio, conteniendo cada una 3 decigramos de tiresol. Los enfermos las toleran bien, sin que ningún síntoma aparezca de irritación renal, del tubo digestivo ó de la piel. Los pacientes un poco nerviosos tienen eructaciones, debidas á la hiperacidéz del jugo gástrico. El ácido, actuando sobre el carbonato magnésico, da lugar al desprendimiento de ácido carbónico en el

estómago. Con respecto al efecto del tiresol en la gonorrea de la mujer, es preciso tener en cuenta que el tratamiento interno no es bastante á la curación de la gonococia genital, y que ésta requiere un tratamiento local. La blenorragia aguda y crónica es influida muy favorablemente por este medicamento. Las propias cistitis de origen no blenorragico son curadas por el influjo de tiresol.

* *

La suero-reacción de Wassermann en Cirugía.—(*Prusse Med.*) El Profesor Karewski da cuenta de sus numerosas observaciones encaminadas á distinguir en lesiones quirúrgicas, las cancerosas, tuberculosas y sífilíticas, cuando se trata de casos, por cierto frecuentes, de dudoso diagnóstico. Para ello preconiza el éxito de la suero-reacción de Wassermann, con la que ha demostrado la existencia de la sífilis en enfermos donde no podía sospecharla por encontrarse en estado latente, con especialidad en mujeres y niños de corta edad.

* *

Intervención del sistema nervioso en los fenómenos de anafilaxia aguda.—(*Ann. di Medicina Navale*). El hecho más importante en la anafilaxia aguda, es el rápido y notabilísimo descenso de la presión arterial, que no es debida á trastornos cardíacos, sino á la acción de los nervios vaso-motores de la periferia. ¿Es esta dilatación un fenómeno primitivo, ó un hecho secundario nacido de un trastorno de la innervación central? Biéld y Kraus admiten lo primero, debiendo acogerse con reserva sus conclusiones. Que la parálisis vaso-motora sea

uno de los fenómenos fundamentales de la anafilaxia, es cosa indudable y fácil de comprobar; pero que su causa sea periférica y no central, no se ha demostrado; siendo, de otra parte, evidente que la disminución de la presión arterial no explica de una manera satisfactoria todos los síntomas de la anafilaxia aguda. Debe, pues, tratarse de algo muy distinto de la simple disminución de presión, que esté muy relacionado con un estado especial del sistema nervioso central. Por lo demás, es posible que las células nerviosas ganglionares de la periferia que presiden al movimiento de los vasos estén llenas del veneno anafiláxico, como lo están las del encéfalo y del bulbo, y que á la depresión producida por la parálisis nerviosa central se una la depresión causada por la parálisis nerviosa periférica.

* * *

Penetración del espirilo de la fiebre recurrente á través de los tegumentos y las mucosas intactas.—(Le Caducee). M. Nattan-Larrier ha hecho experimentos en el Laboratorio de Metchnikoff que demuestran que los espirilos de la fiebre recurrente pueden atravesar con facilidad y rapidez los tegumentos cutáneos de la rata blanca, permaneciendo la piel absolutamente íntegra; pero este paso no se realiza más que en los puntos donde la piel es muy fina y está muy vascularizada. La penetración á través de las mucosas y la conjuntiva es facilísima; sólo la mucosa genital masculina ofrece alguna más resistencia. La espirilosis experimental que nace de la contaminación de la piel ó de las mucosas toma el tipo de una infección atenuada, sin duda

por el escaso número de espirilos que llegan á penerar en la sangre del animal.

* * *

Contribución al estudio de la anafilaxia.—El estudio de la anafilaxia presenta no sólo un interés teórico, sino que ligados los accidentes anafilácticos al empleo de las vacunas y de los sueros, tiene una importancia práctica para la medicina preventiva y la terapéutica.

No se podrá precaver al organismo de estos accidentes, mientras tanto no se tenga un conocimiento perfecto de su mecanismo. Desgraciadamente la anafilaxia es un fenómeno todavía lleno de misterios y no parece que está próximo el conocimiento completo de su génesis y mecanismo.

El Dr. Waele ha publicado en el *Bulletin de l'Academie royale de medecine de Belgique* un estudio sobre este asunto, del cual deduce que los fenómenos anafilácticos que se presentan con el uso de los sueros ó de sus componentes albuminoideos, son la consecuencia de la absorción de los productos de la digestión parcial de estos albuminoideos y su asimilación, que se hace muy lentamente después de la primera inyección de suero, y por consiguiente da lugar á pocos fenómenos tóxicos, y después en la segunda ó tercera inyección se hace muy rápidamente, dando lugar á accidentes bruscos neuro-vasculares, semejantes á los de la introducción de propeptonas en la sangre. Así se comprende que siguiendo las inyecciones se llegue poco á poco á establecer la inmunidad contra las propeptonas y se impidan los fenómenos anafilácticos.

* * *

Tratamiento combinado de la tuberculosis por el atoxil y la tuberculina.—El Dr. Friedman ha publicado (*Munch. Med. Woch.*, núm. 15) los beneficiosos resultados obtenidos en la tuberculosis con el tratamiento combinado del arsénico y la tuberculina. El autor procede en este tratamiento del modo siguiente: comienza por inyectar una centésima de miligramo de la vieja tuberculina de Koch y simultáneamente un decigramo de atoxil. Las inyecciones se repiten cada ocho ó diez días. La intensidad de las reacciones ocasionadas por la tuberculina es disminuida, y á más del efecto específico de este medicamento se obtiene, gracias á la acción del arsénico, un aumento de apetito y un mejoramiento del estado general de los enfermos.

* * *

La nueva bala del Ejército suizo.—

Es de níquel y alcanza á la salida del arma una velocidad de 825 metros, en lo que sólo la aventaja la bala alemana S, si bien la deficiencia está sobradamente compensada por tener la bala S el inconveniente de bascular á causa de su ligereza, pues sólo pesa 10 gramos, en tanto que la Suiza pesa 12'8 y tiene una forma que le da mayor estabilidad. El proyectil helvético tiene una trayectoria más rasante que ningún otro y sus ventajas pueden apreciarse en el siguiente cuadro comparativo:

	Angulo de tiro.	Angulo de caída.
Bala francesa D (800 m.).	11'9 ⁰ / ₁₀₀	17'7 ⁰ / ₁₀₀
> alemana S (800 m.).	10'57 ⁰ / ₁₀₀	18'91 ⁰ / ₁₀₀
> Suiza (1.000 m.).	11'5 ⁰ / ₁₀₀	19 ⁰ / ₁₀₀

(Le Caducee).

BIBLIOGRAFÍA

La vida del obrero en España desde el punto de vista higiénico, por Nemesio Fernández Cuesta y Porta, *Médico de la Armada*. Prólogo de D. Angel Fernández Caro y Nouvilas, *Presidente de la Sociedad de Higiene*.—Madrid. Tordesillas, 1909.—Un tomo de 278 páginas en 8.º español.—Los pedidos al autor: Encarnación, 14, Madrid.

Tan interesante asunto, propuesto primero y desarrollado después durante dos cursos consecutivos por nuestro compañero Larra, ha dado origen á una serie de artículos, conferencias, fundación de barrios obreros, dignos de verdadera estimación, y á la creación de un premio de 1.000 pesetas para la mejor obra que tratara de ese asunto, por el Sr. Conde de Romanones, Ministro de la Gobernación en aquella fecha. Después de haber sido decla-

rado desierto, ó de haber obtenido sólo pequeñas recompensas los trabajos presentados, en el pasado año logró el preciado galardón un libro sobre ese tema, debido á uno de los Médicos más inteligentes é ilustrados del Cuerpo de Sanidad de la Armada.

El Dr. Fernández Cuesta, que además de periodista distinguido es un práctico de verdadero valer y un higienista entusiasta y cultísimo, ha reunido en la obra que nos ocupa, no sólo los antecedentes necesarios para dar á conocer el estado actual de los principales problemas higiénicos y sociales relacionados con la vida del hombre de trabajo en nuestra patria, sino opiniones propias y consideraciones atinadísimas, dignas de tenerse en cuenta por los altos Poderes llamados á entender en estas cuestiones y á resolverlas.

Los capítulos consagrados á las construcciones obreras y á la rica legislación que sobre ellas existe en los diversos países, así como lo concerniente al obrero agrícola, familia obrera, alimentación, fábricas y talleres, está admirablemente tratado, sirviendo de consulta provechosa para el aficionado á estos temas de especialísima actualidad social la parte legislativa del trabajo, huelgas, accidentes, previsión obrera, etc., etc.

Unimos nuestro aplauso á los muchos que lleva recibidos el Sr. Fernández Cuesta, y que se inician en el prólogo del Sr. Fernández Caro, tan notable como cuanto sale de la pluma del ilustre higienista.

SECCIÓN OFICIAL

- 9 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 151) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo y á los Médicos primeros don José Hernando Pérez y D. Santiago Iglesias Gago.
- 10 » Idem íd. (*D. O.* núm. 151) disponiendo remesas de material al hospital de Melilla.
- » » Reales decretos (*D. O.* núm. 151) autorizando al Parque de

Sanidad Militar para adquirir un aparato esterilizador «Salvator» y un carro-aljibe con bomba, filtro y aparato de esterilización «Vaillard».

10 Julio.— Reales decretos (*D. O.* núm. 151) autorizando la compra de los víveres y artículos necesarios para el consumo durante un año en los hospitales de Alcalá de Henares y Cádiz.

• • Real orden (*D. O.* núm. 152) aprobando proyecto de saneamiento é higienización del hospital de Badajoz, así como el presupuesto correspondiente.

• • Idem *id.* (*D. O.* núm. 152) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Pascual Morales Sicluna.

• • Idem *id.* (*D. O.* núm. 152) concediendo ingreso en la reserva gratuita facultativa del Cuerpo al recluta D. Honorio Manso y Rodríguez, por reunir las condiciones reglamentarias.

14 • • Idem *id.* (*D. O.* núm. 154) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan:

Subinspector médico de segunda clase D. Andrés Jurado Parra, al Real Cuerpo de Alabarderos.

Médicos mayores: D. Sebastián Fossá y Lambert, á la Dirección general de Carabineros, y D. Diego Naranjo Moreno, al hospital de Madrid.

Médicos primeros: D. Antonio Sola y Huerta, al Colegio de Guardias civiles jóvenes; D. Francisco López Elizagaray, al 13.º montado de Artillería; D. Alberto del Río y Rico, al regimiento Caballería de María Cristina; D. Juan Serrano Terradas, al 12.º montado de Artillería, y D. Manuel Vegazo Mancilla, á Cazadores de Segorbe.

• • Idem *id.* (*D. O.* núm. 155) disponiendo que el hospital militar instalado en Logroño sea de tercer orden, de dotación de 40 camas, constando su plantilla facultativa de un Médico mayor, Director, de un primero, un Farmacéutico, un cabo y seis sanitarios, incluyéndose estas plazas, salvo la del Director, que ya existe, en el primer proyecto de presupuesto.

• • Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 155) ampliando el Reglamento para el personal civil que sirve en farmacias y laboratorios militares.

- 15 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 155) disponiendo remesas de material al hospital de Melilla.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 155) concediendo el retiro al Médico mayor D. Enrique Otero Sendín.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 156) fijando en dieciocho meses el plazo de duración de las blusas para los sanitarios que sirven en clínicas, laboratorios y farmacias.
- 16 » Idem id. (*D. O.* núm. 156) suprimiendo la plaza de Médico segundo para eventualidades en la octava Región y estableciéndola en cambio en Ceuta, y disponiendo que pase á servirla el Médico segundo D. Ramiro Torreira y Martínez.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 157) concediendo al Médico primero D. Bartolomé Navarro Cánovas la cruz blanca del Mérito Militar de primera clase con distintivo blanco, pensionada con el 10 por 100 del sueldo de su actual empleo, por su obra traducida del alemán y comentada, que lleva por título «El servicio sanitario del Ejército inglés en la guerra contra los boers».
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 157) concediendo licencia para contraer matrimonio al Subinspector médico de segunda clase D. Eliseo Muro y Morales.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 157) concediendo al recluta D. Emilio Ibáñez Sáinz ingreso en la escala de reserva gratuita facultativa del Cuerpo, por reunir las condiciones reglamentarias.
- 17 » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 158) clasificando en la situación de retirado al Médico mayor D. Enrique Otero Sendín.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 159) disponiendo presten servicio en comisión en el hospital de Melilla, sin dejar de pertenecer á sus destinos de plantilla, los Oficiales siguientes:
- Médicos primeros:* D. Rafael Merino y Lorenzo y D. Enrique Obregón y Cappa.
- Médicos segundos:* D. Norberto Olózaga y Belaunde y D. Miguel Roncal y Rico.
- Farmacéutico primero* D. Joaquín Casasas Subirachs.
- » Idem id. circular (*D. O.* núm. 160) dictando disposiciones referentes á protección de la industria nacional y á las adquisiciones de material en el extranjero.

20 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 161) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores médicos de segunda clase D. José González García y don Elíseo Muro Morales; á los Médicos primeros D. Luis Torres Ibarra, D. Francisco Mora Caldés, D. Francisco Baixauli Perelló, D. Salvador Sansano Vives y D. José del Buey Pagán, y al Médico segundo D. Juan Romeu Cuallado.

21 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 160) disponiendo que los Médicos mayores, en situación de excedencia, D. Antonio Martínez de Carbajal y Camino y D. Manuel Molin Guerra pasen destinados en comisión al hospital de Melilla.

22 » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 162) disponiendo que se amplíen á siete las plazas de Farmacéuticos segundos que se convocan para proveerse por oposición.

23 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 163) disponiendo que el soldado de Cazadores de Tarifa D. Jerónimo de Dolarea y Ceballos, Médico de la reserva gratuita facultativa del Cuerpo, en caso de incorporarse á filas lo efectúe como Médico auxiliar de dicho batallón de Cazadores.

24 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 163) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen destinados en comisión al hospital de Melilla, sin dejar de pertenecer á sus actuales destinos:

Médicos mayores: D. Felicísimo Cadenas y Gutiérrez y D. Justo Muñoz García.

Médicos primeros: D. Leopoldo García Torices, D. Jesús de Bartolomé y Relimpio, D. Aurelio Díaz y Fernández Fontecha y D. Wenceslao Bravo Fernández.

Médicos segundos: D. Fidel Pagés y Miravé y D. Fortunato García y Gómez.

Farmacéuticos primeros: D. Felipe Sánchez y Tutor y D. José Arranz y Arce.

» » Real decreto (*D. O.* núm. 164) concediendo franquicia postal á la correspondencia que expidan las fuerzas en operaciones en Melilla.

» » Real orden (*D. O.* núm. 164) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á servir en comisión los destinos que se expresan, sin dejar de pertenecer á sus actuales de plantilla:

Médicos mayores: D. Víctor García Iparraguirre, al hospital de Cádiz; D. Eduardo Coll y Sellarés, al de Alicante; D. Enrique Pedraza Vivanco, al de Málaga, y D. Eduardo Cisneros Sevillano y D. Rodrigo Moya Litrán, al de Algeciras.

Médico segundo D. Mariano Navarro y Moya, á la Plana mayor de la Brigada del Cuerpo.

24 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 165) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor don José Potous Martínez; á los Médicos primeros D. Francisco Ibáñez Aliga, D. Eustasio Conti Alvarez y D. Alberto Fumagallo y Medina, y al Médico segundo D. José Amo y Slocker.

25 Idem íd. (*D. O.* núm. 164) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan:

Médicos mayores: D. Nicanor Cilla y Arranz, al hospital de Logroño, de Director; D. Venancio Plaza y Blanco, á la Academia de Artillería, en plaza de plantilla; D. Francisco Durbán y Orozco, á excedente y en comisión á la Academia de Artillería.

Médicos primeros: D. Julián Minguillón y de Soto, á la Plana mayor de la Brigada del Cuerpo, y D. César Sebastián y González, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros del Ferrol.

Médicos segundos: D. Isidro López y Pavón, á la ambulancia montada, y D. Rafael Solé y Sánchez, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Tenerife.

26 Idem íd. (*D. O.* núm. 165) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Eduardo Colis Martínez pase á situación de excedente y en comisión sirva en el hospital de Logroño, y que el del mismo empleo D. Francisco Sánchez Lahorra pase destinado al hospital de Segovia.

Real decreto (*D. O.* núm. 165) disponiendo que mientras subsistan las actuales circunstancias en el Norte de Africa se verifiquen por gestión directa todas las adquisiciones de artículos, efectos y material que exijan los servicios del Ejército, así como todos los transportes que se originen por el expresado motivo.