

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XV

MADRID I.º DE JULIO DE 1901

NÚMERO 337

## Ejercicios prácticos de la Academia Médico-militar en el Campamento de Carabanchel.

(Continuación).

Con factores conocidos y otros presuntos, es relativamente fácil deducir teóricamente el resultado práctico de un supuesto táctico en operaciones de campaña; pero nunca puede pasar del planteamiento general y operaciones de conjunto, por la sencillísima razón de faltar el elemento principal, al que todo se supedita en operaciones verdaderas, cual es el no tener bajas en filas por el fuego enemigo.

Faltando elemento tan importante de enseñanza práctica en la intervención sanitaria de la línea de fuego, es preciso, para que lo simulado resulte prácticamente útil, prescindir del modo de atender á los supuestos heridos, y fijarse principalmente en la rapidez del servicio de camillas para transportar á los lesionados al puesto de curación.

Es de capitalísima importancia y de indiscutible necesidad que el servicio sanitario, en todos sus aspectos, sea lo más perfecto posible entre la línea de fuego, los puestos de curación y la ambulancia. Entre dichos tres puntos se ha de desarrollar siempre la fase más culminante de la intervención médico-militar durante el combate, y á la cual siempre se supeditarán las demás fases del servicio sanitario.

Pero no es suficiente exponer calificativamente semejante fase como la de mayor importancia, sino que es forzoso determinar el modo como puede realizarse más completamente, ó, por lo menos, con las mayores garantías de rapidez y perfección.

Para ello conviene comenzar señalando los dos aspectos ó factores que es necesario tener presentes para la precedente enunciada realización: uno es puramente técnico, otro es puramente militar de aplicación.

El factor técnico, sobradamente conocido, está suficientemente expresado en el Reglamento de campaña, no admitiendo en puesto de socorro más intervención quirúrgica que la cohibición de hemorragias por medios mecánicos, inmovilizar un miembro fracturado, etc., etc. En cambio, en puesto de curación el factor técnico muchísimas veces se ha de ver modificado en los términos que actualmente señala el vigente Reglamento, excepción hecha de cuando no exista el apoyo de retaguardia, representado por la ambulancia y su material correspondiente de transporte y alojamiento.

Con tal apoyo no tiene razón de ser muchos de los preceptos de intervención que á tal puesto se le asigna, y otros, en función de guerra, son de todo punto irrealizables, como es, por ejemplo, la esterilización de los medios de curación. Ya el mismo Reglamento preceptúa también que el objeto principal de los puestos de curación es poner lo más pronto posible á los heridos en disposición de ser transportados á la ambulancia, como también advierte que se ha de tener siempre presente que el puesto de curación no es el sitio conveniente para la aplicación de aparatos definitivos ni para proceder á grandes operaciones. Ha de admitirse, por lo tanto, el puesto de curación como complementario y perfeccionador de la intervención en puesto de socorro, debiendo contar, sin embargo, con material adecuado y suficiente para cuando en él haya de hacerse el servicio propio de segunda línea.

Por esta razón, huelga en absoluto que predominen en las bolsas de compañía que han de tenerse en la línea de fuego las vendas de gasa, los paquetes de algodón, etc., etc., conviniendo más

que, sin perjuicio de llevar mejor que nada unos cuantos paquetes individuales de curación, se pueda disponer de numerosas vendas de lienzo y férulas, con las cuales se tiene lo fundamental para apósitos elementales é improvisados, que son los de urgente necesidad en dichos puntos.

En cuanto al factor militar, representado por las constantes evoluciones de la línea de fuego, su actual indeterminación no puede ser más completa; pues si bien es cierto que el Médico de batallón destinado á la línea de fuego está obligado á vigilar el levantamiento de los heridos y su transporte al puesto de curación, á dirigir á los camilleros, guiándoles para prestar los primeros socorros á los lesionados, á cohibir hemorragias, regularizar miembros incompletamente seccionados, inmovilizar fracturas, etc., etc., no es menos cierto tampoco que tan múltiples misiones no puede realizarlas todas, pues ó atiende á unas ó á otras, dejando seguramente las que no son propiamente técnicas.

Es necesario, por lo tanto, que del mismo modo como en el enlace de los tres escalones sanitarios, el eslabonamiento de los servicios de transporte se establece mediante una buena dirección desde la vanguardia de la zona de acción de la ambulancia (puesto de curación de las fuerzas combatientes) hasta su retaguardia (hospital de campaña), pasando por su centro propio de intervención quirúrgica (servicio de curación de la ambulancia), se establezca también una subdivisión en el primer escalón sanitario entre el servicio técnico puro y el servicio que pudiera llamarse directivo, para el transporte conveniente de los heridos y movilización de los puestos de socorro y de curación, según las evoluciones de situación de las fuerzas combatientes.

De no hacerse así, y de no haber un Oficial Médico con dicha misión exclusiva, la buena utilización de ambos puestos sanitarios y el mejor transporte de los heridos no dejará nunca de estar constantemente expuesto á una serie no interrumpida de fracasos, de imperfecta ó nula utilidad y de embarullamiento constante, con manifiesto perjuicio para los heridos y hasta con peligro próximo

ó remoto de entorpecer algún importante movimiento de las fuerzas combatientes.

La necesidad de dirección técnica adecuada en el funcionamiento entre puesto de socorro y de curación, sube de punto en retiradas escalonadas y en los bruscos cambios de frente de la línea de fuego, si no se quiere caer en el deplorable caso de dejar toda la línea sin puestos de socorro por venirse éstos á unir en un solo extremo de ella por un movimiento envolvente, por ejemplo, que hubiere realizado, y que dada la desigualdad del terreno pudiera muy bien pasar inadvertido para el Oficial Médico que tantas y tan heterogéneas funciones tiene actualmente que cumplir en línea avanzada, precisamente la que sufre las verdaderas oscilaciones como resultado de las fases del combate.

M. SLOCKER,  
Médico primero.

---

## París.—Exposición Universal de 1900.

---

(Continuación).

No son descuidadas en Hungría las disposiciones que hacen obligatoria la profilaxia de la viruela, considerando cuestión de interés público la vacunación. Debe ésta efectuarse en el primer año del nacimiento, y es de rigor proceder á revacunar cuando la primera operación quede sin resultado, en cuyo caso se repite en el segundo año, ó eventualmente en el tercero. Los niños vacunados han de ser presentados al Médico ni antes de los seis días ni después de los ocho de practicada la vacunación, en el lugar mismo en que ésta se efectuó, debiendo en el mismo día renovarse en aquéllos en que no se comprueba el éxito. Puede concederse un

plazo cuando lo reclama la salud del niño, á juicio del Médico; pero si éste opina que ha de demorarse la inoculación profiláctica más de un año, tiene la obligación de participarlo á la autoridad sanitaria, la que toma nota de los niños que quedan sin vacunar, y, en caso de duda fundada, se asegura esta autoridad por sí misma de los motivos alegados por dicho Médico. Cuando éstos han desaparecido debe el niño ser vacunado sin dilación. Las certificaciones de vacunación están libres de timbres y todo género de tasas. Los escolares, tanto en las escuelas públicas como privadas, han de ser revacunados antes de los 12 años. Los Municipios están obligados á facilitar la vacuna, á menos que la vacunación se haga de brazo á brazo, y procuran la indispensable asistencia, los medios de transporte para el Médico vacunador, cuidan de los registros de vacunación, etc. Otras disposiciones terminantes y oportunas completan el sistema porque ha de regirse la vacunación, dictando las reglas precisas para el abono de honorarios, producción de vacuna en los Establecimientos vaccinógenos, que son casi exclusivamente de propiedad particular, venta de vacuna, fundación de estos Establecimientos y condiciones á que han de sujetarse en lo referente á local y demás. El Médico jefe municipal tiene el deber de visitar estos Establecimientos varias veces al año, y el derecho de tomar cierta cantidad de vacuna de cada ternera para someterla á prueba y estudio en el Instituto central de vacunación del Estado, en Budapest.

El presupuesto del Estado para atenciones de la vacunación es de 160 á 170.000 coronas, aproximadamente.

En la Exposición presentó el Establecimiento de Vacunación y producción de cow-pox, de la mencionada ciudad, un cuadro gráfico del funcionamiento del mismo; modos diferentes de conservar la linfa; lancetas de vacunar; molino de linfa aséptica, movido á brazo, con los pies, y un motor, sistema Devriny-Schober, modificado por los Dres. Kresz y Hermann; estadística de las vacunaciones y revacunaciones, formada por el Director Dr. Kresz. Algún otro Establecimiento de igual índole concurrió también.

En la clase «Higiene» encontrábanse todavía manifestaciones de especial interés: cuadros gráficos basados en estudios diferentes, demográficos, etc., debidos á la «Oficina de Estadística de la ciudad de Budapest» ó al «Real Ministerio húngaro del Interior» y algún otro. La Dirección de los Trabajos de dicha ciudad, Sección de edificaciones, expuso planos de hospitales, mercados y maderos. De los hospitales y manicomios de Hungría ha dado circunstanciada noticia el Dr. G. Békésy, Inspector Real de los servicios sanitarios, en una obra redactada por orden del Ministro del Interior.

Conocida es la riqueza del suelo húngaro en aguas minerales, de cuya abundancia y excelencia se ha hecho fundada ostentación. El catálogo de vistas, cuadros gráficos, mapas topográficos, representación de estaciones balnearias y demás en relación con la balneología, es larguísimo. La «Unión Balneológica de los Países de la Corona húngara», en un cuadro gráfico, presentaba la composición de las aguas, temperatura y altitud de 77 estaciones termales; colección de las aguas de Hungría, clasificadas con arreglo á la composición; mapa de las fuentes de estas aguas minerales, señalando la composición de las mismas, las condiciones geológicas y altitudes, con las vías de comunicación; vistas, etc. Entre tantas otras, no podía faltar la muy importante casa Saxlehner, con su encomiada y tan conocida agua amarga, que se anuncia con el nombre del héroe famoso «Hunyady Janos»; figuraba también la nueva Sociedad anónima «Apenta», con el agua mineral purgante de esta marca.

En la misma clase «Higiene» ha de citarse el cuadro que el Dr. Otto Pertik, Profesor de la Universidad de Budapest, ofreció á la consideración del visitante, honrando la memoria del que fué Profesor de Ginecología Dr. Semmelweis, quien introdujo y propagó el empleo de la antisepsia en la fiebre puerperal; los favorables resultados se desprenden claramente de las proporciones de mortalidad antes y después de emplear el método antiséptico.

La Croacia y Eslovenia tenían expositores de aguas minerales, que abundan también en estas regiones; cuéntase entre los más celebrados manantiales el de Jamnica, cerca de Kulpa, siendo utilizada desde muy antiguo y exportada el «agua acidula de Jamnica». Aguas frías de parecida naturaleza, cloruradas sódicas, con proporción notable de ácido carbónico libre, son muy numerosas en dichos países, como las hay también ferruginosas, arsenicales y otras, que llenan indicaciones generalmente apreciadas. No han de dejarse en olvido aguas sulfurosas, tales como las brindan las «Termas Jasorvenses», hoy «baños de Daruvar», que datan de los romanos y pueden considerarse como tipo de acratotermas. De no menor antigüedad son las de Topusko y los baños romanos, de gran celebridad, que se denominaron «Aguæ Jassæ», llamadas ahora por los húngaros «Varazdinske Toplice», con agua á una temperatura de 56 á 60° C. El limo de estas aguas sulfurosas, como las de Topusko, encuentra frecuente aplicación, formando lodo ó fango, compuesto de una mezcla de minerales con sustancias orgánicas y resinosas, que se recomienda para la curación de distintos padecimientos, reumatismos, dermatosis, etc.

Agréguese á tan somero recuerdo el «agua iodada de Lipik», iodo-bromada y alcalino-salina, preciosa por ser muy raras aguas que, á una temperatura de 64° C., unen proporción relativamente crecida de iodo (0.18 gr. p. l.) Por último, nótese las instalaciones marítimas en la costa adriática, donde los baños tónicos pueden disfrutarse en estaciones dotadas de grandes comodidades y de lujo, como la estación climatérica y de baños marítimos de Cirkvenica, favorecida propiedad de S. A. I. y R. el Archiduque José, no ignorada de los extranjeros.

De firmas húngaras no faltó algún instrumental quirúrgico. La casa Garay, Samuel y Comp.<sup>a</sup>, de Budapest, presentaba diferentes objetos para la cirugía y especialidades como speculum nasal, idem auricular, sondas, faringotomo, abre-bocas, inhalador, separador, pinza laríngea, trépano, bolsas de cirugía, aspiradores, etc. Aparatos ortopédicos había de Fischer, Pierre y Comp.<sup>a</sup>, principal-

mente para corregir el genu-varum. El Dr. Guillermo Vajna, dentista de la citada capital, tenía modelos é instrumentos correspondientes á su arte.

J. DEL CASTILLO.

Médico mayor.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**Sueros neurotóxicos.**—Las propiedades tóxicas del suero sanguíneo, *vis-à-vis* de los hemáticos pertenecientes á animales de especie diferente, no se limitan únicamente á los glóbulos rojos. En efecto; toda célula es susceptible de ser alterada ó destruída por las citotoxinas de los sueros normales. El Dr. Delezenne acaba de poner recientemente de manifiesto que la célula nerviosa no constituye ninguna excepción de esta regla; pero si bien el examen rápido de una muestra de sangre recogida en condiciones convenientes basta para darse cuenta de la acción de un suero ajeno sobre esa sangre, en cambio sólo por un análisis minucioso de los trastornos funcionales que determina y de las lesiones que provoca, es como puede afirmarse la toxicidad de ese mismo suero con respecto á la célula nerviosa. Además, para alcanzar al elemento nervioso, la neurotoxina introducida en los vasos debe de franquear previamente la barrera endotelial que la separa de la célula nerviosa. La experiencia ha probado al autor que los efectos tóxicos, nulos ó poco marcados cuando el suero es introducido en el organismo por la vía venosa ó subcutánea, son de todo en todo evidentes cuando la toxina es puesta en contacto inmediato con el elemento nervioso por el procedimiento de la inoculación intracerebral. Tal es el hecho que resulta del estudio comparativo llevado á cabo por el Dr. Delezenne sobre la toxicidad de varios sueros normales; en efecto, según que se practique la inyección debajo de la piel ó en las venas, ó, por el contrario, en los centros nerviosos, nótanse diferencias considerables en la toxicidad del suero, diferencias fáciles de evidenciar tomando como término de comparación la dosis mortal para el conejo en los diferentes casos.

El autor se ha servido primeramente del suero de anguila, suero citotóxico cuya acción nociva sobre la célula nerviosa, después de su introducción por las vías habituales (piel, peritoneo y vasos), es en la actualidad perfectamente conocida. Puesto directamente en

contacto con los centros nerviosos según el método de Roux, el suero de anguila produce accidentes transitorios en el conejo á la dosis de un milímetro cúbico por kilogramo de animal, bastando cinco milímetros cúbicos para determinar la muerte en cinco á diez minutos. Pues bien; inyectado en la vena marginal de la oreja, ese mismo suero de anguila no mata al cabo del mismo lapso de tiempo sino á la dosis de 0 cc. 2. Inoculado directamente en los centros nerviosos, resulta, pues, 40 veces próximamente más tóxico que inyectado en los vasos, y cerca de 200 veces más tóxico que introducido debajo de la piel. Los accidentes nerviosos consecutivos á la inoculación intracerebral no difieren esencialmente por su naturaleza de los que se observan á seguida de la introducción del veneno por otra vía distinta. Presentan, sin embargo, un grado insólito de agudeza y de violencia.

Después de haberse asegurado de este modo de que las inyecciones intracerebrales constituyen un método propio para evidenciar las propiedades neurotóxicas de un suero independientemente de todo otro efecto citolítico, el Dr. Delezenne ha estudiado la elección de sueros que, inoculados por las vías habituales, no son nocivos sino á dosis muy elevadas. Para ésto, echó mano del suero de pato, y escogió el perro como animal de prueba. Con el fin de aumentar la toxicidad del suero, habían sido practicadas á los patos, en el espacio de dos meses, cinco ó seis inyecciones intraperitoneales y progresivamente crecientes de una emulsión aséptica de cerebro, cerebelo, bulbo y médula de perro. La cantidad de materia nerviosa inyectada en una vez era bastante considerable; las dosis iniciales de ocho á 10 gramos eran rápidamente aumentadas hasta 15 y aun 20 gramos. Los patos que resistían á estas inyecciones volvían á un estado de salud normal, después de un período fugaz de fiebre y de enflaquecimiento. Sacado ocho á diez días después de la última inyección, el suero fué siempre empleado lo más pronto posible. La dosis mortal del suero así preparado fué de 0 cc. 5 á 0 cc. 6 por kilogramo de animal, siendo así que estas mismas dosis, cuando se trata de suero normal, no producen el menor accidente, siendo necesario emplearlo en cantidad dos veces mayor para llegar á determinar fenómenos nerviosos de alguna gravedad. En la mayor parte de los casos, la muerte sobrevino de una manera casi fulminante por parálisis de los músculos de la respiración. Cuando las cantidades inyectadas eran más reducidas, veíanse aparecer primero movimientos convulsivos que, en una segunda fase, eran reemplazados por una parálisis sensitivo-motora extensiva á todos los órganos colocados bajo la dependencia del eje cerebroespinal. La asfixia progresiva que de ello resultaba podía ser combatida por medio de la respiración artificial; en estos casos, pues, los perros se conducían como después de un seccionamiento sub-bulbar, seguido de destrucción de la médula.

Si la dosis de suero inyectada es sensiblemente más reducida (0 cc. 1 á 0 cc. 2 por kilogramo), los fenómenos de excitación son los

que dominan la escena, con crisis epileptiformes y hasta con accesos de epilepsia franca; la parálisis y los trastornos sensitivos no alcanzan su máximo sino mucho más tarde. La muerte de los animales es también la regla; pero las más de las veces no sobreviene sino de seis á doce horas después de la inyección.

Cuanto á la cuestión de la especificidad del suero neurotóxico, el Dr. Delezenne ha hecho una serie de experimentos que, á su juicio, militan en pro de la afirmativa, lo cual vendría á constituir un nuevo lazo de unión que colocaría los sueros neurotóxicos artificiales al lado de los otros sueros citotóxicos preparados hasta ahora.

(*Ann. de l'Inst. Pasteur.*)

\*  
\*\*

**Catalepto-catatonía durante la fiebre tifoidea.**—El Profesor Bernheim (de Nancy) ha sido el primero en señalar la existencia, en la dotienería de forma estuporosa, de trastornos catalépticos que sobrevienen en la ausencia de todo estigma de histerismo. Este hecho, que nada tiene de extraño dada la frecuencia de las manifestaciones cerebrales en la fiebre tifoidea, parece haber pasado poco menos que inadvertido. Pues bien; esa catalepsia dotienerica dista de ser insólita, puesto que sobre 40 casos de fiebre tifoidea, en los cuales Dufour la ha investigado, la ha encontrado tres veces, lo cual da una proporción de 7.5 por 100.

En esas observaciones tratábase de jóvenes mujeres, exentas de todo antecedente neuropático, por lo menos personal, y que se hallaban respectivamente en el primer septenario, en el décimo-séptimo y en el vigésimo quinto día de su infección cuando Dufour pudo observar que era fácil determinar en ellas posturas catalépticas; así, por ejemplo, la lengua sacada fuera de la boca persistía en esta situación sin que la enferma pudiera hacerla entrar de nuevo espontáneamente; el brazo levantado quedaba indefinidamente en esta actitud, etc.; el fenómeno podía ser provocado lo mismo en las piernas que en los brazos. En dos pacientes, cuya conciencia no se hallaba muy obnubilada, ese mismo fenómeno llegaba hasta producirse mediante una simple orden. Tratábase ahí de una flexibilidad blanda, *cerosa*, independiente de toda contractura. Añadamos que de esas tres mujeres, cuya infección era grave y se traducía por un estupor profundo, dos sobrevivieron, al paso que la tercera sucumbió.

En vez de la expresión de «actitudes cataleptiformes» empleada por Bernheim, el autor prefiere la de catalepto-catatonía, para indicar más claramente la semejanza de este síndrome cerebral de la dotienería, caracterizado por estupor y catalepsia, con la afección mental descrita en otro tiempo por Kahlbaum con el nombre de catatonía.

(*Rev. neurol.*)

\*  
\*\*

**La kalagua y la tuberculosis.**—La kalagua es una planta oriunda del Japón, que se ha aclimatado en la parte Sur de los Estados Unidos, donde se desarrolla perfectamente. Desde 1898 se la considera como específico de la tuberculosis.

Esta planta se ha experimentado en Bélgica y en el Norte de América.

Según las observaciones de los Médicos belgas, Dres. Coremans y L. Pirsh, la kalagua es ineficaz para curar la tuberculosis experimental de los conejillos de Indias; en los conejos ordinarios, los resultados obtenidos han sido más satisfactorios. Este hecho, paradójico al parecer, se explica por ser los conejillos de Indias susceptibles en alto grado á la tuberculosis y carecer de la fuerza de resistencia necesaria. La kalagua no tiene en ellos tiempo para ejercer sus propiedades específicas.

El Dr. J. Edward Stubbert, en un trabajo leído en la County Medical Society, de Nueva York, citó varios casos de tuberculosis tratados con éxito por la kalagua. El estado general de estos enfermos mejoró bastante y el número de bacilos de los esputos disminuyó en grandes proporciones. En cambio, el remedio fué ineficaz en otros tuberculosos.

El Dr. F. Mechtold, que ha tratado varios enfermos de tuberculosis por la kalagua, es el partidario más entusiasta de esta medicación, que considera el remedio por excelencia. Llega á afirmar que es «un específico contra la tuberculosis pulmonar, igual que la quinina en las fiebres palúdicas, siempre que se administre á dosis suficiente, aunque las condiciones higiénicas sean desfavorables». De los nueve enfermos tratados por el Dr. Mechtold con la kalagua, curaron ocho, que se hallaban en el primer período de la enfermedad. Tres que habían llegado á un período más avanzado y tenían hemoptisis, mejoraron, desapareciendo todos los síntomas subjetivos, pero no por completo las lesiones pulmonares. En los enfermos con cavernas pulmonares, los resultados no fueron tan satisfactorios, si bien en dos de cinco de ellos se observó bastante mejoría.

El Dr. D. H. Bergey ha experimentado la kalagua en conejillos de Indias y en conejos inoculados con el bacilo tuberculoso. De sus observaciones resulta que la acción de este supuesto específico de la tuberculosis es *nula*.

(*University Medical Magazine*).

\* \* \*

**El suero anticanceroso.**—*M. Reynier*: En una de nuestras últimas sesiones habéis podido ver á un canceroso que nos fué presentado por el Dr. Wlaiev, y en quien las inyecciones del suero preconizado por él habían producido, al parecer, una acción favorable. En algunos otros casos de cáncer he podido observar los efectos de este tratamiento, y debo decir que, si bien no ha determinado nunca la curación, no ha dejado de producir una mejoría apreciable, suprimiendo á veces de una manera muy rápida los intolerables

bles dolores de que se quejaban los enfermos, al mismo tiempo que el estado general volvíase mejor. Cuanto á la misma lesión cancerosa, no la he visto desaparecer nunca. En resumen; los resultados clínicos obtenidos son en un todo comparables con los que había dado anteriormente el suero de los Dres. Richet y Héricourt.

De otra parte, en los experimentos hechos en los animales, el suero del Dr. Wlaiev no parece que haya tenido efectos apreciables en los casos en que existía una generalización de las lesiones.

La clínica y la experimentación se hallan, pues, de acuerdo en sus resultados y permiten idénticas conclusiones. Yo no creo, por lo demás, que pueda impedirse nunca la evolución del cáncer con ayuda de un suero cualquiera.

*M. Th. Anger:* El tratamiento antisifilítico, que se emplea en los casos de diagnóstico dudoso, tiene á menudo como consecuencia — cuando se trata de cáncer — una agravación de la enfermedad; en tales casos produce frecuentemente dolores muy intensos, que cesan tan luego como se suprime la acción medicamentosa. Cabe preguntarse si, en algunos de los enfermos á quienes acaba de referirse el Dr. Reynier, la desaparición rápida de los dolores fué debida á la cesación del tratamiento antisifilítico más bien que á las inyecciones de suero.

*M. Picqué:* En un caso de recidiva de un neoplasma maligno del maxilar, sobrevenida rápidamente á seguida de una resección total, el método del Dr. Wlaiev ha fracasado completamente; después de algunas inyecciones, la única modificación local que he podido observar ha sido un aumento muy rápido del tumor. La enferma volvió á su país y he sabido que, una vez allí, no había tardado en sucumbir.

*M. Tuffier:* He experimentado en cancerosos el suero de los Dres. Richet y Héricourt, y he visto que producía efectos muy análogos á los que el Dr. Wlaiev atribuye á su método. Hasta que vengan mayores aclaraciones, me hallo enteramente dispuesto á creer que todos los sueros cuyos beneficios nos han sido encomiados hasta hoy actúan, en realidad, sobre el estado general mucho más que sobre el estado local.

*M. Rochard:* Yo creo que, en el Instituto Pasteur, se consideran los sueros simples, procedentes de animales que no han sufrido ninguna especie de inmunización, como dando los mismos resultados que el suero del Dr. Wlaiev. Por mi parte, no he observado una mejoría marcada en ninguno de los enfermos que han sido tratados por el método de este último en el hospital Beaujon.

*M. Terrier:* En los casos dudosos hay la tendencia á admitir que se trata de un cáncer cuando el tratamiento antisifilítico se muestra ineficaz. Pues bien; en mi concepto, no debe de considerarse como una regla general el que todas las lesiones sifilíticas resulten necesariamente curadas por la medicación específica. Hace siete ú ocho años practiqué la ablación de la lengua en un enfermo del Dr. François Frank, después de haber fracasado el tratamiento antisifilítico,

y el examen histológico puso de manifiesto que se trataba, no de un epiteloma, sino muy probablemente de una lesión sífilítica; ninguna recidiva, por lo demás, se ha producido después.

*M. Reclus:* Es indudable que la acción del tratamiento sobre los gomas varía grandemente, según la mayor ó menor antigüedad de la lesión.

En lo que concierne á la seroterapia del cáncer, asóciome plenamente á lo que acaba de manifestar el Dr. Tuffier á propósito del suero de los Dres. Richet y Héricourt, el cual ha determinado en ciertos cancerosos mejorías transitorias.

*M. Monod:* El diagnóstico diferencial del cáncer y de la sífilis dará siempre lugar á errores inevitables. Yo recuerdo haber visto — en una enferma del Dr. Maunoury — producirse en sólo algunos meses una curación completa, después que el diagnóstico de cáncer había sido adoptado por todos los Médicos consultados.

*M. Lucas-Championnière:* Por lo que á mí hace, confieso que no siento ningún entusiasmo por los resultados obtenidos con la aplicación del suero del Dr. Wlaiev. Según el Dr. Roux, todos los sueros producen efectos de orden idéntico á los que acaban de ser señalados por el Dr. Reynier, y he de añadir que, en los cancerosos en quienes he visto hacer inyecciones de suero, nada ha sido modificado en la evolución del neoplasma.

(*Soc. de Cir. de Paris*).

\*  
\* \*

**Transmisión del muermo del caballo al hombre.**—*M. Schöler* presenta un enfermo, cochero de profesión, que ha contraído el muermo de los caballos que cuidaba; primeramente ha tenido, en la mucosa palpebral, una ulceración de fondo grisáceo; dos días después, una lesión análoga se desarrollaba en la conjuntiva; el ojo estaba enrojecido, la córnea empañada. Al cabo de dos semanas, estas ulceraciones estaban cicatrizadas, y el paciente podía dejar el hospital; pero en este tiempo había sufrido fenómenos generales: dolores de cabeza, malestar, dolores en los miembros, sensación de quebrantamiento, fiebre que se elevaba á 40°; esta última duró catorce días, acompañada de hinchazón de las piernas, de un ligero edema, de exantema, petequias, tumefacción y rubicundez de la piel, sensación de tensión en las articulaciones; estos trastornos desaparecieron, al paso que la temperatura era aún elevada, pero fueron reemplazados por una tos con expectoración viscosa poco abundante, vómitos y melena. Actualmente no hay nada de fiebre; lo único que subsiste es una ligera albuminuria.

A este propósito, el orador recuerda que el muermo del caballo es generalmente una afección benigna. Comienza por un catarro nasal con ulceraciones de la mucosa y secreción abundante, catarro que poco á poco se va extendiendo por las vías linfáticas, se vuelve purulento y determina la formación de abscesos; pero al lado de esta forma, que es la más común, existe otra en la cual los agentes

patógenos, que han ido á parar á la sangre, realizan el cuadro de una septicemia.

Los síntomas del muermo del caballo son análogos á los que han sido observados en este hombre: hinchazón de los miembros, erupciones cutáneas, petequias, metástasis en los diversos órganos, etc. Según resulta de las investigaciones de Schütz y de otros autores, el agente de esta afección vendría á ser un estreptococo oval, fácil de ser cultivado sobre suero sanguíneo, inoculable al caballo, al ratón, etc.

En el enfermo que acaba de presentar, el Dr. Schöler estima que la infección se ha hecho por medio de la mucosa, propagándose luego por la vía linfática, de lo cual es evidente testimonio la inflamación de un ganglio submaxilar.

Este sería el primer ejemplo conocido de muermo humano transmitido por el caballo.

(*Soc. berlinesa de Med.*)

\*  
\*  
\*

**Tumores cerebrales operados con buen éxito.**—*M. von Bergmann* presenta á dos enfermos en quienes ha procedido con buen éxito á la extirpación de neoplasmas cerebrales.

En el primero — un hombre de 34 años de edad, cuya vista había disminuido desde hacía dos años — notóse en 1897 el desarrollo de una red venosa cutánea á nivel de la frente, al mismo tiempo que aparecían violentas cefalalgias. Más adelante sobrevinieron trastornos psíquicos (irritabilidad, lentitud de la palabra, etc.) El examen oftalmoscópico reveló un doble atascamiento papilar, más acentuado en el lado derecho; existía, además, en este mismo lado, una sensibilidad exagerada del cráneo á la presión. El predominio de los trastornos — especialmente del atascamiento papilar — en la mitad derecha de la cabeza fijó el diagnóstico, vacilante entre un tumor de la región frontal y un tumor del cerebelo, en favor de la primera de estas hipótesis. De hecho, la trepanación permitió extraer del lóbulo frontal un neoplasma grueso como la mitad de un puño de adulto, ofreciendo al microscopio los caracteres del sarcoma.

El segundo caso concierne á una niña de 12 años, hija de una familia que presentaba antecedentes patológicos desde el punto de vista mental, que había tenido, ocho años antes, un sarampión y, consecutivamente, una otorrea que persistió durante cuatro años. En 1897 aparecieron en ella, con una hemicránea derecha, vómitos viscosos, sobre todo matinales; algunas semanas después empezaron á manifestarse accesos convulsivos que interesaban todo el lado derecho del cuerpo y de la cara, y acompañados de movimientos nistagmiformes; las últimas de estas crisis fueron seguidas de desvanecimientos prolongados.

Un primer Cirujano, creyendo que se trataba de un absceso de origen ótico, trepanó la mastoides, pero sin resultado; otro Cirujano

ensayó una nueva intervención, acerca de la cual no se tiene ningún detalle. Después de una calma de alguna duración, los trastornos volvieron á producirse, acompañados de vértigo. Habiéndole sido entonces confiada la enfermita, el orador practicó una punción á nivel de una cicatriz operatoria no cicatrizada, y retiró así un líquido albuminoso, espontáneamente coagulable, lo cual le indujo á creer en la existencia de un tumor quístico.

La operación puso de manifiesto la exactitud de este diagnóstico; existía un quiste del cerebelo, que fué extirpado juntamente con una cantidad bastante considerable de substancia cerebral; la naturaleza de este neoplasma ha quedado indecisa.

(*Soc. berlinesa de Medicina*).

\*  
\*\*

### **Blenorragia aguda. Irrigaciones de agua salada muy caliente.**

—El número considerable de los medicamentos pretendidamente específicos que han sido preconizados estos últimos años contra la blenorragia, ha tenido como consecuencia el crear cierto escepticismo respecto del valor terapéutico de los agentes microbicidas empleados bajo forma de inyecciones uretrales. Así, por ejemplo, un Médico militar de los Estados Unidos—el Dr. Ch. Woodruff—se ha preguntado si los buenos efectos de esas inyecciones eran acaso debidos simplemente á la acción mecánica de la corriente de líquido que espurga la mucosa de la uretra de los gonococos y de las toxinas. Una serie de ensayos instituidos comparativamente con agua pura y con soluciones de sublimado y de permanganato de potasa, ha venido á confirmarle plenamente en este criterio: en los pacientes tratados por medio de inyecciones de agua simple, la curación se ha establecido tan rápidamente como en los sujetos sometidos á irrigaciones de sublimado, y hasta más pronto que en los casos en que se había recurrido al permanganato de potasa. Sin embargo, como el agua simple irrita las mucosas y el agua destilada ofrece el inconveniente de hinchar las células endoteliales y epiteliales y de contribuir de este modo á la destrucción de estos elementos, nuestro colega se sirve, con preferencia, de una solución fisiológica caliente de cloruro de sodio, la cual presenta, entre otras ventajas, la de ejercer sobre la mucosa uretral una acción calmante.

Siendo la blenorragia en su comienzo una afección puramente local, Woodruff se limita á prescribir irrigaciones de agua salada, tan caliente como pueda soportarla el paciente, repetidas cada dos ó tres horas, y, en caso necesario, cada hora. No ve ninguna utilidad en prescribir alcalinos ú otros medicamentos mal tolerados por el tubo digestivo. Por último, el reposo en cama y el régimen debilitante que se considera á menudo como el complemento indispensable del tratamiento de la gonorrea, le parecen más perjudiciales que útiles.

Sobre 98 soldados atacados de blenorragia aguda, á quienes nuestro colega ha tratado siguiendo los principios que quedan

indicados, la mayor parte han podido dejar el hospital al cabo de unos diez días; á pesar de ésto, no ha habido que registrar sino ocho recidivas, cifra poco elevada, sobre todo si se tiene en cuenta que, una vez salidos del hospital, los pacientes se vieron obligados á exponerse inmediatamente á todas las fatigas de la vida militar, incluso el montar á caballo.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**Fractura de la base del cráneo.**—*M. Poirier*: Cuando terminemos la sesión os presentaré un herido que, atacado de una meningoencefalitis á seguida de una fractura probable de la parte anterior de la base del cráneo, ha sido tratado con buen éxito por medio de una vasta trepanación bilateral. En 9 de Diciembre último, hallándose en estado de embriaguez, ese hombre sufrió una caída, en la cual el lado derecho de la cabeza dió contra el suelo. Pudo levantarse y llegar hasta su casa, pero rodó por la escalera, sin conocimiento, perdiendo sangre en abundancia por la boca y por la nariz. Aquel mismo día, por la tarde, fué conducido al hospital Tenon; tres días después vióse aparecer un equímosis subconjuntival que, á no tardar, se extendió al párpado. El quinto día se sintió bastante mejorado para volver á su trabajo; pero por la tarde se vió obligado á retirarse á su casa, en razón á una cefalalgia muy viva que experimentaba; aquella misma noche fué presa de delirio, y al otro día volvió á ser conducido al hospital. Se hizo entonces el diagnóstico de meningoencefalitis consecutiva á una fractura de la base del cráneo. Una punción lumbar dió salida á un líquido pegajoso, rojizo, de color «casis». Fué ejecutada una amplia trepanación en cada lado con escoplo y mallette, encima de la oreja, á fin de dar un postigo de 5 cm. sobre 4 cm. La duramáter fué abierta, saliendo únicamente un líquido grasoso y rojizo, parecido al que se había retirado por la punción lumbar. Un drenaje establecido á nivel de cada herida fué suprimido al décimo día, habiendo disminuído gradualmente la temperatura á partir del día siguiente al de la operación. El enfermo, como podéis comprobar vosotros mismos, se halla actualmente en un perfecto estado de salud.

El líquido extraído por punción del espacio subaracnoidiano lumbar ha dado, después de siembra sobre gelosa y sobre caldo, colonias de estafilococo dorado.

(*Soc. de Cir. de Paris*).

\*  
\*  
\*

**Inyecciones intersticiales de vaselina.**—El Profesor J. Pfannenstiel, privatdocente de obstetricia y de ginecología en la Facultad de medicina de Breslau, ha observado á una mujer atacada de incontinencia de orina á seguida de la extirpación de la uretra por causa de lesiones cancerosas, en quien la inyección de vaselina en el circuito del cuello vesical, tal como la ha preconizado reciente-

mente el Dr. H. Gersuny, Cirujano del «Rudolfiner-Haus» de Viena, fué inmediatamente seguida de la aparición de todos los síntomas característicos de una embolia pulmonar (punto de costado, disnea intensa, aceleramiento del pulso con hipertermia, cianosis de la cara, hemoptisis, etc.) La enferma curó, pero durante tres días la muerte parecía inminente, tanto más cuanto que, en razón á una cefalalgia violenta con vómitos, se podía sospechar la existencia de una embolia cerebral.

Sin pretender formular, basándose en un solo hecho, una apreciación definitiva relativamente al valor terapéutico de las inyecciones intersticiales de vaselina, Pfannenstiel estima, sin embargo, que, practicadas á nivel de regiones tan ricas en vasos sanguíneos como el cuello de la vejiga, esas inyecciones exponen á complicaciones muy graves. La enferma tratada por nuestro colega no ha sacado, por otra parte, ningún beneficio de la cura referida, pues la incontinencia de orina quedó siendo á poca diferencia la misma, aun cuando el orificio vesical, grandemente abierto antes de la inyección, hubiese resultado después muy estrechado por el anillo de vaselina.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*\*

**De la resección diafisaria primitiva en las fracturas por disparo de arma de fuego.**—*M. Nimier*: La observación referida en la sesión precedente por Picqué no me parece que deba de modificar la opinión generalmente admitida en cirugía militar á propósito del tratamiento de las fracturas diafisarias por disparo de arma de fuego; como quiera, en efecto, que el método conservador da excelentes resultados, la resección diafisaria primitiva puede decirse que carece casi de indicación. Esto es lo que prueban una serie de casos observados durante la última guerra hispanoamericana y las radiografías que os presento y que se refieren á fracturas diafisarias producidas por arma de fuego, las cuales, aunque muy conminutivas, curaron perfectamente por el tratamiento conservador.

*M. Loison*: Yo creo igualmente que, en las fracturas por arma de fuego, las intervenciones sangrientas primitivas son inútiles, cuando no peligrosas. Los métodos conservadores están perfectamente indicados en estos casos, y la radiografía ha demostrado de una manera suficiente que la inmovilización, después de una reducción conveniente, da resultados muy satisfactorios.

(*Soc. de cir. de Paris*).

\*  
\*\*

**La adiposis analgésica.**—El presente trabajo, del Dr. M. A. Carducci, está consagrado al relato de un caso sumamente curioso.

Trátase de una enferma de 55 años de edad, que no presentaba ningún antecedente hereditario, y cuyo pasado patológico se redu-

cía á un ataque de reumatismo sobrevenido á la edad de 15 años. Desde entonces, la salud de esa enferma no había dejado nada que desear, salvo algunos trastornos nasofaríngeos que databan de cuatro años, cuando, en el mes de Enero del año último, empezó á experimentar una sensación general de laxitud que la imposibilitaba, digámoslo así, para dedicarse á sus ocupaciones ordinarias; al mismo tiempo, hubo de advertir que la cantidad de orina emitida cada día disminuía notablemente, sin que por lo demás existiera ningún trastorno local; finalmente, algunos meses después, aun cuando la enferma comía muy poco y su debilidad no había hecho sino aumentar, observó que sus muslos aumentaban de volumen; este fenómeno no iba acompañado de dolores, sino de una sensación de fatiga que á no tardar se transformó en sensación dolorosa de la región lumbar; estos trastornos subjetivos se conservaron estacionarios, al paso que la hipertrofia se hacía extensiva á las nalgas, al vientre, á las mamas y á los brazos.

Al examen objetivo, el Dr. Carducci notó que ese aumento de volumen interesaba únicamente el tejido celular subcutáneo, en el cual aparecía distribuido con bastante uniformidad. En lo que concierne al sistema nervioso, notó que la sensibilidad táctil estaba indemne, pero que la sensibilidad al dolor, disminuía en todas partes, hallábase completamente abolida en los puntos más afectados de adiposis; existía, por otra parte, un cierto retardo en la percepción de la temperatura elevada. Además, la enferma presentaba un ligero grado de exoftalmía y una debilitación bastante marcada de la agudeza visual; por lo demás, no tenía ni bocio ni temblor; su pulso latía á razón de 75; el segundo ruido, en los orificios aórtico y pulmonar, estaba reforzado.

Por último, la excreción urinaria se efectuaba con mucha lentitud; la cantidad diaria de orina no excedía de 900 cc.; la tasa de urea había disminuído igualmente; no había ni glucosuria ni albuminuria; en cambio existía un poco de indicanuria. Bajo la influencia de preparaciones tiroideas, la diuresis no tardó en rehacerse; pero esta medicación tuvo que ser suspendida al cabo de algunos días, á causa del malestar que provocaba en la enferma.

Como se ve, este cuadro morboso no deja de ofrecer ciertas analogías con el bocio exoftálmico, y sobre todo, con la enfermedad de Dercum; sin embargo, difiere de esta última en que los trastornos de la sensibilidad, en vez de ser principalmente *subjetivos* como en la adiptosis dolorosa, eran puramente *objetivos*; de aquí que el autor proponga que se dé á esta afección el nombre de *adip-tosis analgésica*; la clasifica entre las enfermedades del simpático, pero únicamente (como reconoce él mismo) porque en la actualidad le es imposible asignarle un sitio seguro en el cuadro nosográfico.

(*Policlínico*).

**Sutura nerviosa.**—*M. Lejars:* Tengo encargo de referiros dos hechos de sutura nerviosa que nos han sido comunicados, el uno por el Dr. Morestin, el otro por el Dr. Carlier (Médico militar).

La sección, en el caso del Dr. Carlier, afectaba al nervio cubital; las dos porciones del nervio estaban separadas un centímetro y medio próximamente; con facilidad pudieron ser reunidas y fueron suturadas con crín fina de Florencia. En los primeros tiempos el resultado fué poco apreciable; pero nueve meses después de la intervención, el restablecimiento de las funciones era absolutamente perfecto.

El enfermo del Dr. Morestin, que presentaba una sección de la rama posterior del nervio radial, se decidió á venir al hospital cuando había ya transcurrido un mes después del accidente. Nuestro colega encontró los dos cabos de esta rama nerviosa bastante separados el uno del otro; pudo, sin embargo, aproximarlos y reunirlos por medio de un punto de catgut. En este caso también, cuando el paciente dejó el hospital, un mes después de la intervención, parecía que el resultado era nulo; pues bien, seis meses más adelante, el Dr. Morestin volvió á ver á su operado y pudo observar que había recobrado por completo los movimientos.

Hace siete ú ocho años tuve yo la ocasión de hacer una sutura del ciático, por causa de un seccionamiento antiguo del nervio á nivel de su bifurcación. Igualmente que en los enfermos de los Doctores Carlier y Morestin, sólo después de algunos meses fué cuando se produjo una cierta mejoría del estado funcional; por desgracia mi operado recibió por aquellos días una coz de caballo que determinó una peritonitis mortal.

(*Soc. de Cir. de París*).

\* \* \*

**Cirugía conservadora.**—*M. Delorme* presenta á un soldado que recibió accidentalmente, casi á boca de jarro, un disparo de arma de fuego en el brazo derecho. La bala fracturó el húmero; seccionó la arteria humeral; luego, penetrando en el antebrazo doblado, hizo estallar las carnes desde el pliegue del codo hasta la muñeca, desgarrando la radial hacia la mitad de su trayecto.

La humeral y la radial seccionadas provocaron una hemorragia inmediata abundante, la cual fué cohibida primero por la compresión, y, después, mediante la ligadura de las extremidades superiores é inferiores de esos dos vasos.

Habiendo observado que la fractura conminuta del húmero pertenecía á la variedad llamada «por gotera», el Cirujano empezó á extraer las esquirlas libres situadas en el canal de salida ósteomúsculo-cutánea del proyectil. El miembro fracturado fué inmovilizado entonces en una gotera, cuyas valvas permitían asegurar fácilmente la cura de la herida antebraquial.

El foco de la fractura supuró poco y la consolidación se efectuó dentro de los plazos habituales.

Cuanto á la herida del antebrazo — cuya piel se había esfacelado en gran parte — se dejó primeramente que se depurase durante dos semanas mediante la aplicación de curas antisépticas; luego, para reducir su extensión, fueron atraídos los bordes de la piel por medio de una serie de hilos en asa.

Gracias á la tracción ejercida por estos hilos, al cabo de algunos días se pudo reunir directamente la herida por medio de suturas entrecortadas con crin de Florencia. Un mes después la cicatrización era completa.

Actualmente, ese hombre se halla completamente curado. No sólo su fractura está consolidada, sin desviación áxil, sin callo voluminoso, sino que puede doblar el antebrazo sobre el brazo hasta algo más allá del ángulo recto. Los movimientos de pronación y de supinación están conservados, así como los de flexión y extensión de la muñeca. Los movimientos de la mano y de los dedos han sufrido una ligera pérdida funcional, que interesa únicamente la flexión de las últimas falanjes.

(*Acad. de Med. de Paris*).

\* \* \*

**Higiene de la tuberculosis.**—El Dr. Tabary sintetiza del modo siguiente las instrucciones contra la tuberculosis.

- 1.<sup>a</sup> La tuberculosis es la enfermedad más extendida.
- 2.<sup>a</sup> La tuberculosis es evitable y curable.
- 3.<sup>a</sup> Si la tuberculosis es tan frecuente se debe á su propagación por los esputos del enfermo.
- 4.<sup>a</sup> Se evita la tuberculosis haciendo la guerra á los esputos. El enfermo en su domicilio sólo debe escupir en un escupidor, provisto de una cierta cantidad de líquido; si no dispone de escupidor, escupirá en el pañuelo.

Todo esputo caído sobre el suelo, tapiz, carruaje, etc., propaga la tuberculosis. Tantos esputos destruidos, tantas tuberculosis evitadas.

5.<sup>a</sup> El escupidor deberá ser lavado todos los días, sumergiéndolo en agua fría y haciéndolo hervir por lo menos durante cinco minutos.

6.<sup>a</sup> Todo lienzo (pañuelo, servilleta, etc.), sobre que se haya escupido, deberá someterse al mismo tratamiento que los escupidores ó puesto aparte cuidadosamente y enviado á los servicios públicos de desinfección.

7.<sup>a</sup> Los sanatorios no constituyen toda la tisioterapia. La reciente creación de los dispensarios antituberculosos franceses, viene á llenar las lagunas que deja la sola existencia de los sanatorios.

(*Gac. Méd. de Granada*).

\* \* \*

**Desinfección de la boca de los diftéricos.**—Se sabe—dice Maether—que el bacilo de Loeffler persiste mucho tiempo en la boca después de curada la angina diftérica. Esta persistencia es debida, sin duda, á la profundidad de las criptas de la amígdala. La mayor parte de los gargarismos son ineficaces contra estos microbios, y ésto obligó á ensayar el agua oxigenada, que al 15 por 100 no es desagradable, y que experimentalmente ha demostrado tener un poder destructivo poderoso del bacilo diftérico.

En los ensayos en el hombre, hay dos condiciones que dificultan la acción del agua oxigenada: el mucus salival por una parte, y por otra la profundidad de las escavaciones producidas en la amígdala. Para disolver el mucus bucal se utilizará previamente una solución de carbonato amónico á 1 por 100, á la que se podrá añadir 0'70 por 100 de cloruro de sodio, y después se podrá gargarizar el agua oxigenada al 10 ó al 15 por 100.

De esta manera se obtendrá la destrucción de todos los bacilos de Loeffler, salvo los que estén en el fondo de las criptas, que podrán destruirse por toques directos con un estilete.

(*Arch. de Méd. et de Chir. spéciales*).

\*  
\*\*

**La lanza.**—La lanza, cuyo reinado parecía definitivamente terminado con los progresos realizados en materia de armas de fuego, empieza á recobrar cierta preponderancia en el armamento de la Caballería moderna. De ahí que fuera interesante estudiar la naturaleza de las heridas que produce, tomando como base las indicaciones suministradas por los antiguos Cirujanos militares y los casos de heridas accidentales que se observan á veces en tiempo de paz.

El Dr. Schäfer, que ha emprendido esa tarea, ha podido convenirse de que las heridas de lanza, frecuentes en los combates de otros tiempos, presentaban las más de las veces una gravedad mínima; lo mismo puede decirse de las heridas producidas accidentalmente con dicha arma, y de las cuales se registran algunos ejemplos en el ejército alemán. Llama la atención, además, la marcha favorable que toman generalmente las heridas más graves en apariencia. Véase, entre otros, el hecho siguiente, que recuerda el autor: un jinete fué alcanzado por una lanzada que, después de haber traspasado el cuello de su caballo, penetró en su abdomen, á nivel del reborde costal derecho, para volver á salir por la espalda, cerca del ángulo del omoplato; pues bien, ese hombre, después de haber presentado síntomas transitorios de peritonitis circunscripta, se restableció completamente. Esta misma benignidad es sobre todo notable en lo que concierne á las heridas del cuello, en razón á que raras veces se complican éstas con lesiones vasculares ó nerviosas.

La forma que reviste la punta de la lanza da la explicación de la poca gravedad de las heridas que produce esta arma, de suerte que

vienen á constituir un empalamiento por un instrumento puntiagudo, cuyos ángulos no son cortantes; de ahí que los órganos esenciales escapan fácilmente al cuerpo vulnerante, deslizándose de lado bajo la presión del arma. Las lesiones ocasionadas de este modo serían más graves si los ángulos de la lanza fueran afilados, con lo cual quedaría ésta transformada entonces en instrumento cortante.

(Arch. f. klin. Chir.)

---

## FÓRMULAS

---

### 404

Iodoformo.....	30	gramos.
Creolina.....	15	»
Lanolina.....	30	»
Vaselina.....	30	»

M.—Para embrocaciones.

En la **erisipela**.

(Mracek).

\*  
\* \*

### 405

Ergotina.....	1	centigramo.
Acido láctico.....	2	»
Agua de laurel cerezo.....	10	gramos.

M.—Para dos ó tres inyecciones hipodérmicas en las veinticuatro horas.

En la **congestión cerebral**.

(G. Lyon).

---

## SECCION PROFESIONAL

### COMUNICADO

*Sr. Director de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR.*

Muy señor mío y distinguido compañero:

Mucho estimaría de V., si no tuviera inconveniente en ello, que publicara en la REVISTA de su digna dirección la adjunta copia de una carta que con esta misma fecha remito al Sr. Director de *La Medicina Militar Española*, y en la cual se trata, como verá V., un asunto que interesa vivamente á la Asociación filantrópica del Cuerpo.

Dándole á V. gracias anticipadas, queda suyo atento s. s. y afectísimo amigo

q. b. s. m.,  
*Felipe Prieto.*

28 Junio 1901.

*Sr. Director de «La Medicina Militar Española».*

Muy señor mío y de toda mi consideración:

En varios números de su apreciable *Revista* se han publicado diversas opiniones acerca del Reglamento de nuestra Asociación filantrópica; y aunque respeto mucho las ideas de todos, y muy particularmente las que tienden á la defensa de nuestros intereses comunes, me siento impulsado á emitir mi modesto parecer en el asunto, no sólo por rendir culto á la verdad, sino también por el cariño que la Asociación me inspira.

Se manifiesta por unos el deseo de que la cuota funeraria se aumente para que las familias de los fallecidos cuenten con más recursos; se persigue por otros el objeto de que se facilite aún más el ingreso en la Sociedad, y hay también, por último, quien pretende que dicho ingreso se haga obligatorio.

El asunto, aunque importante, no es de tal naturaleza que no pueda

apreciarse fácilmente, sobre todo si, ajenos á toda pasión y todo egoismo, no queriendo engañarnos, sino poniéndonos en la realidad, examinamos los antecedentes de la cuestión y exponemos los hechos con imparcialidad absoluta.

Fué el objeto preferente y el móvil primordial de la Asociación, evitar á las familias de nuestros compañeros los apuros y angustias que suelen producirse por escasez de recursos en los tristes momentos de la defunción del que era su cabeza. Es evidente que la cuota funeraria señalada hoy no responde á otro fin, pero también es cierto que lo que algunos proponen en las cartas publicadas cambiaría completamente el carácter de la Asociación, convirtiéndola en una especie de Montepío ó Sociedad de socorros mutuos, y ésto nos parece altamente perjudicial por diversos motivos, entre otros la dificultad de la recaudación y el inconveniente de señalar una cuota más alta que la actual cuando las necesidades de la vida son tantas y los sueldos tan cortos.

Respecto al ingreso, ha de tenerse en cuenta que el que no pertenece á la Sociedad es porque no ha querido, y que por hacer igualmente uso de su libertad ha dejado de ser socio el que lo era antes, sin que pueda admitirse la razón alegada por algunos para justificar su baja, puesto que lo que en realidad la motivó fué el retraso en el pago de las cuotas mensuales.

Nadie podrá decir fundadamente que la Sociedad, aun en este último caso, acordó con precipitación la baja de determinado socio; por el contrario, todos saben que lejos de proceder así ha facilitado el ingreso y reingreso de muchos compañeros, concediendo en diversas ocasiones ventajas que no disfrutaron los que abonaron sus cuotas sin interrupción desde que se inscribieron como socios.

Rebajar la cuota de entrada como algunos pretenden, más generosa que prudentemente, lo encuentro peligroso para poder satisfacer inmediatamente, como hasta aquí se ha hecho, las cuotas funerarias, prontitud que diferencia nuestra Sociedad de otras semejantes, que luchando con dificultades graves para el religioso cumplimiento de este deber, se ven forzadas á retrasar el abono por tiempo largo. Si no se procede con mucho tino, tal vez aumentara mucho el número de socios, pero también aumentaría proporcionalmente el de las defunciones por lo mismo que las edades serían mayores; y no es cosa de crearnos apuros que hoy no existen, resultando además notables diferencias en las ventajas ó beneficios sociales.

En demostración de lo que significarían tales diferencias, me permitiré poner un ejemplo tomado de una clase intermedia por razón de edad

y por razón de cuota. Figurémonos que V. mismo, Sr. Larra, fuese uno de los que desearan ingresar ahora; V. que, como sabe muy bien, fué Médico segundo catorce años y cuatro meses, primero cuatro y ocho respectivamente y cuenta en el empleo de Médico mayor dos años y nueve meses. Las cuotas que hubiera V. tenido que satisfacer si hubiera ingresado en la Asociación al mismo tiempo que en el Cuerpo, importarían 663 pesetas, sin contar el aumento correspondiente durante su permanencia en Ultramar; y en cambio la cuota de entrada que hoy tendría que abonar, según Reglamento, es de 260 pesetas, es decir, bastante menos de la mitad de lo que en el primer caso hubiera pagado.

Creo que merece bien el que se estudie y medite toda proposición que tienda á los fines generosos que el Sr. Fernández Alarcón persigue, pues de aceptarse impremeditadamente se correrían los riesgos indicados, y según cálculos bien hechos, la Sociedad no podría cumplir sus compromisos.

Resumiré mi opinión diciendo: que el que no pertenece á la Sociedad es porque no lo ha estimado conveniente, sin que ésto arguya nada en contra de su amor y entusiasmo por el Cuerpo; que si la recaudación de la cuota actual es siempre difícil por la diseminación del personal, la distinta manera de cobrar los sueldos y aun la escasez de medios en algunos casos, mucho más se dificultaría si se aumentara la cantidad mensual que hubiera que satisfacer; que la Sociedad no es un Montepío, sino que tiene aspiraciones más limitadas; que en asuntos económicos, el entusiasmo y el buen deseo despertados por una idea noble y generosa no son garantías bastantes para el cumplimiento de deberes contraídos á impulsos de aquellos sentimientos; por último, que el Reglamento de la Sociedad señala el medio que ha de seguirse para reformarlo, que es acudir á la Junta Directiva, y que, si en el Cuerpo hay el deseo de que exista una Sociedad con carácter distinto que la actual, asunto será de propaganda y de acuerdos de la colectividad.

Dispéñeme V., estimado compañero, la molestia que con estas declaraciones le haya podido causar; y en espera de que se servirá acogerlas favorablemente, queda á sus órdenes suyo afectísimo seguro servidor y amigo

q. b. s. m.,  
FELIPE PRIETO.

28 Junio 1901.

\*  
\*  
\*

### ASISTENCIA FACULTATIVA

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de la instancia promovida por el primer Teniente de Infantería (E. R.), perteneciente á la Zona de reclutamiento de Almería, D. Nereo Monerri y Vicent, solicitando ser nombrado Médico auxiliar del Cuerpo de Sanidad Militar para la asistencia de las fuerzas existentes en dicha plaza, S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido resolver que no habiendo motivo que lo impida, sean preferidos para desempeñar el cargo de Médicos provisionales ó Médicos auxiliares de Sanidad Militar los Oficiales del ejército excedentes ú Oficiales de la reserva que al mismo tiempo tengan título de Médico, y en defecto de éstos los que hayan desempeñado aquellos cargos en las Islas de Cuba ó Filipinas durante la campaña última.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 17 de Abril de 1901.—Weyler.—Sr...»

\*  
\* \*

### LICENCIAS

«Circular.—Excmo. Sr.: A fin de evitar, en lo posible, que mientras existe un numeroso personal de Jefes y Oficiales en las situaciones de excedencias ó de reemplazo forzoso, se hallen sin desempeñar destinos de plantilla en los Cuerpos, centros y dependencias, por estar los que los cubren haciendo uso de licencia, bien para evacuar asuntos propios ó para atender al restablecimiento de su salud, la Reina Regente del Reino, en nombre de su augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien disponer lo que sigue:

Primero. En lo sucesivo, los Jefes y Oficiales y sus asimilados colocados en activo no podrán disfrutar más de dos meses de licencia en la situación en que se encuentren, cualquiera que sea la causa que la motive, pues si transcurrido dicho plazo solicitasen prórroga, quedarán, al concedérsela, en situación de reemplazo, con medio sueldo cuando la licencia fuera para asuntos particulares, y con los cuatro quintos de él si fuere por enfermedad. Las licencias disfrutadas dentro del plazo de un año se computarán, para estos efectos, como si fueran continuación unas de otras.

Segundo. Los expresados Jefes y Oficiales que en la actualidad se encuentran en uso de licencia se atenderán á lo dispuesto en el artículo anterior; pero si hubiesen ya cumplido en el goce de ella los dos meses señalados, quedarán de reemplazo desde la próxima revista de Comisario, si antes no se presentasen en sus destinos.

Tercero. Igual criterio se observará con respecto á las licencias concedidas ó que se concedan para el extranjero, conforme previene la Real Orden de 27 de Octubre de 1899 (*C. L.* núm. 202), sin que tampoco exceda de dos meses el tiempo durante el cual se reserva al interesado su destino.

Cuarto. Quedan, por consiguiente, modificadas en este sentido las Instrucciones aprobadas por Real Orden de 16 de Marzo de 1885 (*C. L.* número 132) y demás disposiciones vigentes.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 19 de Abril de 1901.—Weyler.—Sr...»



## NECROLOGÍA

Don Fernando Fernández Carranza y Carranza.—Natural de Villa-Diego, provincia de Burgos, nació el día 26 de Mayo de 1854, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía el 30 de Mayo de 1874 en la Universidad de Valladolid.

Ingresó en el ejército el 6 de Junio de 1874, y en 7 de Julio de dicho año fué nombrado Médico provisional, siendo destinado al hospital militar de Logroño, y, posteriormente, á las órdenes del Jefe de Sanidad Militar del distrito de Burgos. En 13 de Abril de 1876 quedó en situación de licencia ilimitada, y por Real Orden de 18 de Mayo siguiente se le nombró Médico segundo provisional de la Isla de Cuba.

Sirvió en los hospitales de Santa Clara, Santiago de Cuba, Habana y enfermería del Cobre, y en Diciembre de 1880 embarcó para la Península en uso de licencia por enfermo. Regresó de nuevo á la Isla de Cuba en Julio de 1881, y prestó sus servicios en el batallón Cazadores de Baza, escuadrón del Príncipe y regimiento de la Reina, hasta Junio de 1886 que regresó á la Península por cumplido.

Destinado al hospital del Peñón, sirvió después en los regimientos de Aragón, Andalucía, San Marcial, primero de Ingenieros, Sevilla y la Lealtad.

En 18 de Febrero de 1896 embarcó con su Cuerpo para formar parte del ejército expedicionario de la Isla de Cuba, y, posteriormente, pasó al hospital militar de Sancti-Spíritus.

Embarcó en la Habana como repatriado el 15 de Agosto de 1898, y en Junio de 1899 fué destinado, en comisión, al hospital militar de Burgos, cesando en dicha comisión en Septiembre del mismo año, que quedó en situación de excedente.

El día 9 de Junio próximo pasado falleció en Burgos.

Prevía oposición en la Isla de Cuba, obtuvo el empleo de Médico segundo por Real Orden de 6 de Mayo de 1879; alcanzó el empleo de Médico primero en 9 de Octubre de 1891, y el de Médico mayor en 6 de Agosto de 1897.

Había obtenido el grado de Médico mayor por servicios de campaña. Estaba en posesión de la cruz blanca de primera clase del Mérito Militar, de dos rojas de la misma categoría, una de ellas pensionada, de la de primera clase de María Cristina, y de las Medallas de Cuba. Era Benemérito de la Patria.

