

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año I Madrid 1.º de Noviembre de 1907 Número 21

SUMARIO

Relaciones de la tuberculosis pulmonar con la fístula rectal, por V. Plaza y Blanco.—
Fractura del calcáneo por arrancamiento, por R. Navarro Cánovas.—Resumen del nuevo
Reglamento alemán para el servicio sanitario de campaña (continuación), por P. Farreras.—*Prensa médica*: El atoxyl en la malaria.—Tratamiento de la neumonía por
inyecciones de solución salina fisiológica.—Taquicardia paroxística esencial y su tratamiento
con inyecciones intravenosas de estrofantina.—Reacción tóxica general
producida por los rayos X.—Nuevo método de flebotomía.—Valor clínico de la punción
lumbar.—Los servicios sanitarios de campaña.—*Varietades*.—*Sección oficial*.

BIBLIOTECA: Inmunidad con aplicación á la higiene de las enfermedades infecciosas,
por M. Martín Salazar.

SUPLEMENTOS: Manual legislativo de Sanidad Militar.—Escala del Cuerpo de Sanidad
Militar en 1.º de Noviembre de 1907.

RELACIONES DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR CON LA FÍSTULA RECTAL

Es una idea antigua mal interpretada á veces, pero en su esencia verdadera. No todas las fístulas rectales son tuberculosas, pero hay un gran número de ellas que lo son en realidad. Los Cirujanos han precisado más este concepto que los Médicos. Y es que los primeros, al ver un individuo que padece una fístula de ano, y que por una lesión, al parecer de poca importancia, aparece demacrado, pálido y débil, se dan cuenta de que aquel enfermo es un tuberculoso; en cambio, el Médico que asiste á un tísico ignora el mayor número de veces si aquel sujeto padece fístula rectal.

Entre las lesiones comprendidas en la tuberculosis quirúrgica ha figurado desde hace tiempo la fistula rectal de origen bacilar idéntico al del absceso frío, la caries, la osteo-mielitis y las peritonitis producidas por el bacilo de Koch. En la historia de la tuberculosis quirúrgica aparece la fistula rectal ocupando un capítulo importante, y en los estudios de los principales investigadores de los últimos años del siglo pasado, agrupada la tuberculosis quirúrgica según los sistemas y órganos que interesen, ocupa preferente atención la de la piel y mucosas, figurando al lado del lupus, úlceras, tubérculos primarios de la piel y abscesos tuberculosos del tejido conjuntivo subcutáneo; las fistulas rectales, que en buena doctrina quirúrgica y en su concepto anatomo-patológico son procesos ulcerativos, en las que de idéntica manera que en las ulceraciones existen fenómenos de regeneración y de destrucción, predominando los segundos sobre los primeros. Y conste que nos referimos á las fistulas inflamatorias, sean ó no tuberculosas, pues jamás hemos pensado caer en el error de dar á todas las fistulas un concepto nosológico idéntico á las úlceras, teniendo en cuenta que hay fistulas congénitas debidas á vicios de desarrollo ó de conformación, y otras dependientes de una acción puramente mecánica, sin que en unas y otras haya influido para nada el proceso ulceroso. Aparte de esto hay que tener en cuenta que la fistula es un concepto eminentemente clínico, lo mismo que la úlcera, y su diferencia, cuando su causa ha sido inflamatoria, estriba únicamente en las circunstancias anatómicas de la región en que radica.

Sentados estos principios, hemos de afirmar que todas las fistulas de ano no son tuberculosas. Todas son debidas á un proceso destructivo, pues aun en los traumatismos no hay razón para que no cicatrice la herida total y normalmente si el proceso reparador sigue un curso regular. Ciertamente que las condiciones locales ejercen una acción evidente para la producción de la fistula, pero en la rectal el contacto de las pa-

redes se efectúa sin más requisito que el proceso reparador sobrepuje al destructor.

No todas las fístulas que padecen los tuberculosos son tuberculosas. Decir como un excelente autor de patología quirúrgica, que las relaciones de la tuberculosis y la fístula de ano las indica la constante asociación de esta última con la tuberculosis, nos parece una lamentable ligereza.

Ni todas las fístulas rectales son tuberculosas, ni aun las que radican en individuos tuberculosos son todas de esta naturaleza. La fístula rectal puede tener todos los caracteres de una fístula simple, como ocurre quizá en la mayoría de los casos, y puede tener caracteres especiales, formación de masas de granulaciones fungosas y desprendimiento extenso de la mucosa, que delatan su origen y naturaleza tuberculosos, predominando mucho más en estas fístulas el proceso de destrucción sobre el de regeneración.

En la producción de fístulas rectales tuberculosas surge la idea de Billroth, que admite la llamada inflamación crónica con toda la serie de modificaciones que imprime á los tejidos para convertirse en úlceras. Claro es que hoy no son admisibles las ideas de la inflamación crónica en el sentido antiguo, porque hay que concederle á este proceso su naturaleza infecciosa; pero esto nos explica mejor el origen de las fístulas tuberculosas rectales en muchísimos casos en que no hay infección por las vías digestivas, ni siquiera se puede sospechar la autoinfección, y el origen de la fístula es puramente local.

Las investigaciones de Koch sobre la etiología de la tuberculosis han dado mucha luz en el estudio de las ulceraciones intestinales. La tuberculosis intestinal puede ser primaria, debida á la ingestión de carne ó leche de animales tuberculosos, ó secundaria á la tuberculosis pulmonar, por haber introducido en el tubo intestinal esputos que contengan el bacilo de Koch.

Según Gaffky, los excrementos de los individuos que pa-

decen tuberculosis intestinal contienen numerosos bacilos. En la *tisis* no se han hallado bacilos de Koch en los excrementos cuando no ha habido ulceración intestinal. Es necesario tener muy en cuenta que la vitalidad de los microbios patógenos en las vías digestivas depende del estado de salud ó de enfermedad del individuo. La completa digestión fisiológica no solamente disminuye la vitalidad de los bacilos de Koch, sino la de todos los microbios morbosos. Por esta razón, el mismo Koch afirma que solamente cuando los gérmenes se retardan mucho tiempo en el intestino pueden desarrollarse, formando la úlcera intestinal, la cual, una vez constituída, es fértil campo de reproducción del bacilo tuberculoso. Siguiendo el criterio de Sormani, inspirado en las anteriores ideas, nos explicamos fácilmente la asociación de la tuberculosis pulmonar é intestinal, dando lugar á la fistula rectal por el predominio de los fenómenos de destrucción sobre los de regeneración, según ya hemos indicado. El estómago de los tuberculosos tiene generalmente una fuerza digestiva tan débil que no destruye los bacilos de Koch, pasando éstos sin alteración, llegando á ser causa de la tuberculosis intestinal.

Esto no quiere decir que todas las fistulas de ano sean tuberculosas, ni siquiera que todas las fistulas de los tísicos sean fimicas. En efecto; la fistula rectal la encontramos en los tuberculosos bajo dos diferentes condiciones, que dan lugar á la distinción de fistula tuberculosa y fistula simple de los tuberculosos, la primera es una verdadera ulceración tuberculosa, y la segunda es consecuencia de la demacración y reabsorción de la grasa en la fosa isquiorectal. No puede llamarse esta última fistula tuberculosa, ni tiene siquiera los caracteres clínicos de tal. En la fistula tuberculosa el orificio interno es grande, irregular, y la mucosa que le rodea está infiltrada. El orificio externo es también grande, presentándose los bordes con una tendencia característica á enroscarse hacia adentro. Esta es la fistula tuberculosa; los demás trayec-

tós fistulosos del recto, y los senos ó fistulas ciego-externas, no son de naturaleza fímica, aunque radiquen en individuos atacados de tuberculosis pulmonar. Por eso en el verdadero concepto de la asociación de la fístula de ano y la tuberculosis pulmonar no hay que incurrir en exageración, y debemos precisar el diagnóstico y la etiología de la enfermedad, porque implica un problema trascendental para su tratamiento. En efecto, la fístula simple siempre se cura, y su tratamiento racional clásico y seguro es la intervención quirúrgica, exenta por completo de peligro. En la fístula tuberculosa ya la cuestión no es tan clara, y aunque nuestra humilde opinión es que siempre es conveniente la operación, siquiera sea para suprimir un origen de irritación y supuración, no dejamos de tener muy en cuenta el criterio de varios cirujanos, que opinan que la fístula tuberculosa hay que respetarla, porque con la operación nada se conseguiría, desde el momento que consideran punto menos que imposible la cicatrización. Desde luego que no admitimos la objeción de que si se opera la fístula la afección pulmonar se agravará, como si al impedirse la secreción aumentase la virulencia y la vitalidad de los bacilos de Koch.

Debemos hacer constar que, aparte de la asociación relativamente frecuente de la fístula de ano y la tisis, hay algunas fistulas rectales verdaderamente tuberculosas sin recaer en individuos afectos de tuberculosis pulmonar. Esta es la fístula tuberculosa primaria aceptada, entre otros, por el ilustre *Carlos B. Ball*.

Existe, pues, cierta relación de la tuberculosis pulmonar con la fístula rectal, pero la mayor parte de las fistulas de ano ni son tuberculosas ni recaen en individuos tuberculosos. Son fistulas producidas por innumerables y distintas causas que nada tienen que ver con el bacilo de Koch. Ciertamente, como hemos dicho antes, que existe un gran número de fistulas de ano que deben calificarse de tuberculosas; pero de aquí á afirmar

que todas, ó por lo menos el mayor número de las fistulas de ano, son tuberculosas, hay una gran distancia.

A continuación damos á conocer los casos de fistula de ano que hemos operado en nuestra clínica del hospital militar de Madrid.

Ramón Viera Martín.—Pertenece al 14.º tercio de la Guardia Civil; no hay antecedentes tuberculosos; hace más de un año que padece una fistula completa de ano de la variedad intra-esfinteriana. En los pulmones no hay nada patológico y los caracteres de la fistula no son de ulceración tuberculosa. Se opera el 6 de Julio de 1906, practicando la extirpación del tejido esclerosado que forma el conducto fistuloso, aplicando después ligeramente la punta del termocauterio en toda la herida. En el mes de Agosto siguiente, próximamente á los treinta días de la operación, sale curado, sin que á la fecha se haya reproducido. Era una fistula simple.

Victoriano Juez Valle.—Pertenece á Lanceros del Príncipe, número 3. Hace cuatro meses que padece fistula completa de ano sub-esfinteriana. No hay antecedentes tuberculosos y el estado general es satisfactorio. En los pulmones nada patológico. Le operamos el día 16 de Julio de 1906, practicando el mismo procedimiento que en el anterior. Sale curado á los cuarenta días después de la operación, y hasta la fecha no ha habido reproducción. Era una fistula simple.

Felipe Gómez.—Es soldado de Lanceros de la Reina, número 2, y padece hace dos meses una fistula de ano con todos los caracteres de fistula tuberculosa, siendo de la variedad ciega interna. El estado general es bueno y en los pulmones no hay signo morboso alguno. Le operamos el 10 de Agosto de 1906, trazando en la piel una incisión circular que limitaba los tejidos esclerosados y extirpando todo el conducto fistuloso hasta su orificio rectal. Salió de alta curado á los cuarenta

días después de la operación, y no ha habido reproducción. Era una fistula tuberculosa primaria.

Esteban Delgado.—Es soldado de Cazadores de Barbastro, y padece una fistula completa de ano sub-esfinteriana. No hay antecedentes de tuberculosis, ni signos generales ni locales, actualmente, de esta afección. Le operamos el 13 de Agosto de 1906, practicando la extirpación del conducto fistuloso, sin cauterización ulterior. Antes del mes está curado, sin que se haya reproducido su enfermedad hasta ahora. Era una fistula simple.

Miguel Martínez Pérez.—Es soldado del segundo mixto de Ingenieros, y hace algunos meses que padece una fistula completa de ano de naturaleza tuberculosa, pero sin que en el pulmón haya fenómeno alguno morboso. Se opera el día 16 de Agosto de 1906, por la escisión y cauterización profunda del túnel morboso fimico. Á los cuarenta días se halla completamente curado, sin que hasta hoy se haya reproducido su enfermedad. Era una fistula tuberculosa primaria.

Alberto Izquierdo Montero.—Pertenece al segundo mixto de Ingenieros, y padece fistula ciega interna de ano hace dos meses. No tarda en hacerse completa espontáneamente, y sus caracteres son tuberculosos. El estado de los pulmones de este individuo es excelente. Se opera el día 19 de Enero de 1907, por la escisión y legrado del túnel, estando curado á los veinticinco días después de la operación, sin que se haya reproducido la enfermedad. Era una fistula tuberculosa primaria.

Jerónimo Martín Sacristán.—Pertenece al 9.º tercio de la Guardia Civil, y hace mucho tiempo que padece una fistula completa de ano de naturaleza tuberculosa, pero sin que en los pulmones haya fenómenos fimicos. Se opera el 3 de Mayo de 1907, y se halla curado á los veinte días. El procedimiento operatorio fué la escisión del trayecto, legrado y cauterización con el termo. Era una fistula tuberculosa primaria.

Ginés Ortiz Corral.—Es soldado del 5.º montado de Arti-

llería, y padece una fistula completa de ano, de naturaleza tuberculosa, hace varios meses. Le operamos el día 13 de Junio de 1907, practicando la extirpación de todo el tejido esclerosado que limitaba el túnel. Siguen las curas con éter yodofórmico al 10 por 100, y antes de los veinte días se halla terminada la cicatrización. No se ha reproducido por ahora. Era una fistula tuberculosa primaria.

Francisco Madueño.—Es soldado de Húsares de la Princesa, y padece una fistula de ano completa é intra-esfinteriana. No hay signos de tuberculosis general ni local. Le operamos el 9 de Julio de 1907, practicando la dilatación previa del esfínter y después la escisión del trayecto fistuloso, seguida de cauterización con el termo. Curó á los cuarenta días, y continúa bien hasta la fecha. Era una fistula simple.

Casimiro Ruiz Suárez.—Pertenece al primer tercio de la Guardia Civil. Padece una fistula completa de ano de naturaleza tuberculosa. En los pulmones no hay síntomas de tuberculización. Le operamos el día 19 de Julio de 1907, por la abertura del túnel y legrado con la cucharilla. Después se cura á diario introduciendo gasa impregnada de éter yodofórmico al 10 por 100 en el fondo de la herida. A los veinte días se halla curado, continuando bien hasta la fecha. Era una fistula tuberculosa primaria.

Angel Penelas.—Es soldado de Ingenieros, y padece una fistula completa de ano de naturaleza tuberculosa. Se opera el día 16 de Julio de 1907 por el mismo procedimiento del anterior. Se halla curado á los veintiséis días. En el pulmón no hay fenómenos fimicos. Era una fistula tuberculosa primaria.

Miguel García.—Es sanitario de segunda, y padece una fistula completa de ano simple é intra-esfinteriana. Le operamos el día 26 de Agosto de 1907, practicando la extirpación completa del túnel, previa la dilatación forzada del esfínter. Se halla terminando el proceso cicatricial. En los pulmones no hay signos fimicos. Era una fistula simple.

Rodolfo Pajarón Vera.—Es cabo del segundo mixto de Ingenieros, y padece una fistula de ano ciega interna de naturaleza tuberculosa. En los pulmones no hay signos de tuberculosis. El día 10 de Septiembre de 1907 le operamos, extirpando todo el túnel patológico, previa la dilatación del esfínter y contraabertura cutánea para hacer completa la fistula. Continúa en curación. Se trata de una fistula tuberculosa primaria.

V. PLAZA Y BLANCO,

Médico mayor.

FRACTURA DEL CALCÁNEO POR ARRANCAMIENTO

El día 1.º de Octubre reconocí en el hospital militar á J. S., que catorce horas antes sufrió un dolor muy vivo en el talón del pie izquierdo al subir á un tranvía. Es de cuarenta años de edad y buena constitución. Manifiesta al interrogarle que no ha padecido enfermedad alguna, ni sífilis, ni raquitismo, ni fractura, ni nada. Siempre gozó de buena salud.

El día 30 de Septiembre, al subir á un tranvía y al mismo tiempo que éste emprendía la marcha, quedó apoyado sobre la punta del pie izquierdo, sintiendo un chasquido, seguido de dolor muy intenso en el talón de dicho pie, que le imposibilitó para la marcha y aun para apoyar el pie en el suelo.

Al día siguiente se presentó para hacerle un examen radiográfico, observando que llegaba apoyado sobre los hombros de dos que le conducían sin poner el pie en el suelo. Al reconocerle el pie, con dicho motivo, aprecié tumefacción y equimosis en el talón del mismo, acompañado de dolor muy vivo á la presión; y un punto muy duro y algo saliente por encima del calcáneo; por debajo de este punto se hundía un

tanto el dedo en los tejidos. No existía crepitación. Al primer momento diagnosticué fractura del calcáneo por la tumefacción, la equimosis, el dolor vivísimo y la impotencia funcional. Pero hube de vacilar un momento al no acusar el paciente traumatismo de ninguna especie, y sólo después de un más detenido examen y al pensar que músculo tan robusto como el triceps de la pantorrilla se insertaba en este hueso, juzgué que había fractura por arrancamiento.

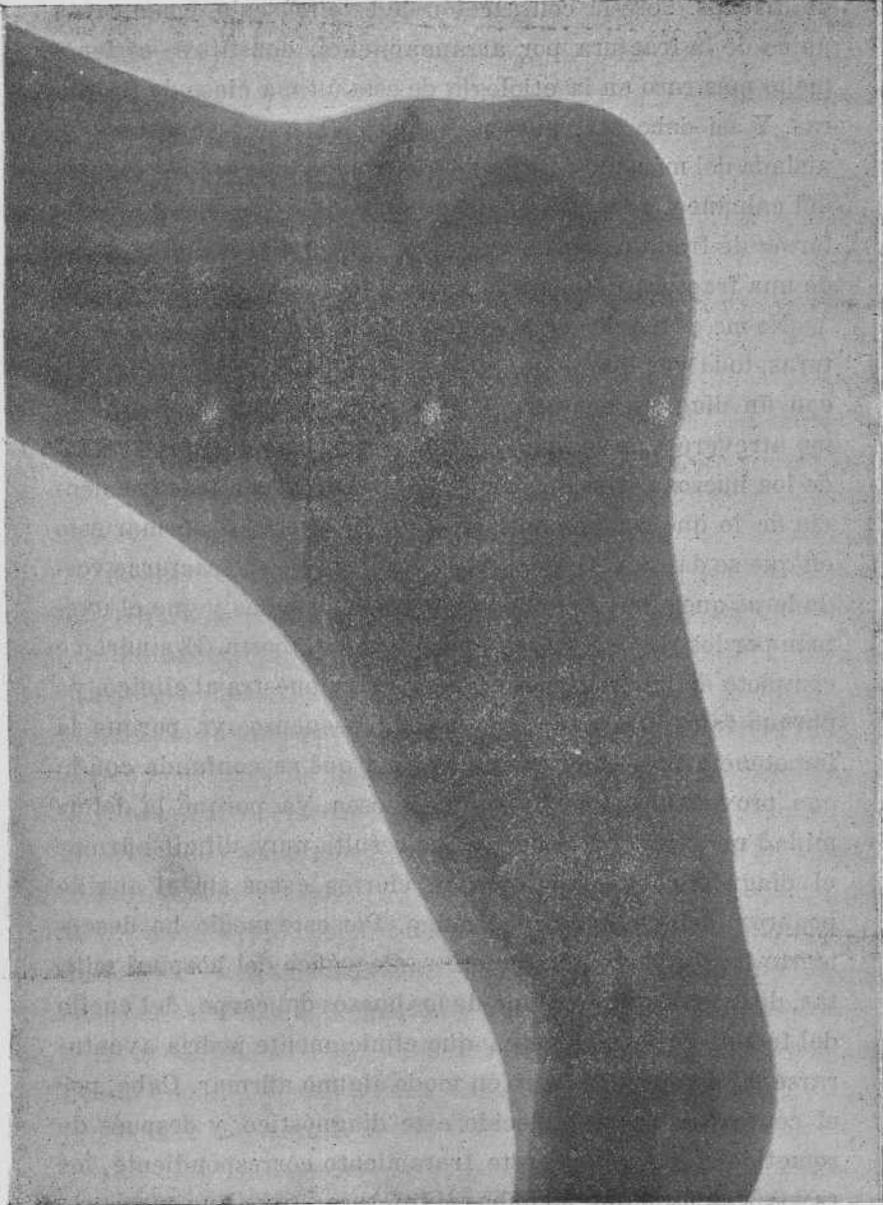
La radiografía adjunta del referido pie confirmó el diagnóstico y puso de manifiesto la importancia y forma de la lesión de modo claro y terminante.

Importa consignar en este caso la edad del paciente, cuarenta años; la ausencia de todo antecedente patológico que hiciera sospechar siquiera alguna alteración del tejido óseo y que la fractura, por tanto, fuese patológica; la magnitud relativa del fragmento desprendido, de tal forma, que no ha sido un simple arrancamiento de la lámina externa del hueso, sino un verdadero y extenso fragmento cuyas dimensiones no señalo porque la radiografía las da, y por último, y muy especialmente, que no ha habido caída, salto, paso en falso ni trauma externo alguno, sino simplemente la contracción del triceps como causa única y eficiente de la fractura.

Son muy raras las fracturas del calcáneo, pues sólo figuran con el 2 por 100 de las del pie (Brunns), y éstas pertenecen en su mayoría á las fracturas por aplastamiento ó de Malgaigne, es decir, producidas por la acción de un traumatismo.

De las fracturas por arrancamiento se ocupan poco los autores. Tillaux no llegó á observarlas nunca, toda vez que el tendón de Aquiles es el que cede en casi todos los casos. Helferich, en su *Atlas von fracturen und luxationen*, apenas las menciona; Albert sólo las indica, y al ocuparse de ellas consigna el hecho de una caída del paciente, ó un salto al mismo tiempo que el triceps de la pantorrilla se contrae violentamente. Es decir, que casi siempre existe la acción com-

dehida de traumatismo más ó menos violento y contracción



importante y tendencia de los puntos de vista de
en sus relaciones con el mundo exterior y el mundo

binada de traumatismo más ó menos violento y contracción del tríceps. Pero la contracción de este músculo, como causa única de la fractura por arrancamiento, constituye el fenómeno más raro en la etiología de esta última clase de fracturas. Y así debe ser, pues no se explica que la contracción aislada del músculo determine una fractura de todo el espesor del calcáneo, perpendicularmente á su eje mayor, que es la forma de fractura más corriente y estudiada, de no tratarse de una fractura patológica.

No me ocupo del pronóstico y el tratamiento de estas fracturas, toda vez que sólo intervine para obtener la radiografía con fin diagnóstico; pero por lo que á este último respecta, me atreveré á decir que las fracturas todas en general, y las de los huesos cortos en particular, ocurren con más frecuencia de lo que comunmente se cree. Fúndome al afirmar esto en que se dan á veces como contusiones óseas fracturas verdaderas que clínicamente pasan desapercibidas y que el examen por los rayos Roentgen ponen de manifiesto. El síndrome completo de las fracturas no siempre se muestra al clínico, ya porque falte la crepitación, hecho frecuente, ya porque la impotencia funcional sea tan escasa que se confunda con la que provoca una simple contusión ósea, ya porque la deformidad no exista; es el hecho que resulta muy difícil afirmar el diagnóstico de fracturas en ciertos casos sin el auxilio poderoso del examen radiográfico. Por este medio he descubierto fracturas en el gabinete radiográfico del hospital militar, de la apófisis acromion, de los huesos del carpo, del cuello del fémur, de la tibia, etc., que clínicamente podría aventurarse tal diagnóstico, pero en modo alguno afirmar. Cabe, por el contrario, que establecido este diagnóstico, y después de sometido el paciente á este tratamiento correspondiente, los rayos X acusen que no hubo tal fractura, lo cual no carece de importancia y trascendencia desde varios puntos de vista que no son del caso examinar.

Algunas otras consideraciones podría hacer respecto del valor diagnóstico de los rayos Roentgen en Medicina y Cirugía, pero de esto quizás nos ocupemos otro día.

R. NAVARRO CÁNOVAS,

Médico primero.

RESUMEN

DEL

NUEVO REGLAMENTO ALEMÁN PARA EL SERVICIO SANITARIO DE CAMPAÑA

(Continuación).

Hospitales de campaña.—Los heridos que no pueden andar é ir á la sección de etapa, están en ellos hasta que lo puedan hacer. Instalarlos cerca del campo de batalla y del puesto principal de curación. En caso necesario se monta también hospitales para infecciosos. El personal y el material de los hospitales de campaña todavía no instalados pueden utilizarse para reforzar los puestos de curación y de reunión de leves, en caso preciso. La orden la da el médico de cuerpo al de división.

El mando del hospital de campaña lo ejerce el jefe-médico. Tiene atribuciones disciplinarias de jefe de compañía sobre el personal, suboficiales y tropas albergados en él. En defecto del jefe-médico, estos deberes y derechos corresponden al oficial de sanidad más antiguo.

Cuando se mande instalar el hospital de campaña, el jefe-médico hará cuanto pueda para tenerlo listo rápidamente y *notificará la instalación* á los médicos de cuerpo y de división, al batallón de sanidad, á la comandancia de etapa más próxima y, en nota *breve*, al negociado central de informes

del ministerio de la guerra. El hospital se marcará con las banderas del imperio y de la cruz de Ginebra, y de noche con luz roja.

El hospital podrá contener 200 heridos, pero si hay medios puede ser mayor. Si no hay casas á propósito, se instala en tiendas y barracas. El jefe-médico, por medio de los camilleros que regresan, comunica cuántas camas tiene vacantes á los médicos de los puestos de curación, á fin de que no envíen más enfermos de los que quepan. Para evacuarlo, cuando el estado de los enfermos lo permite, se pone de acuerdo con la jurisdicción de etapa, la cual, si no hay carros de víveres vacíos disponibles, envía vehiculos adecuados. Cuando un hospital de campaña rompe la comunicacion con el cuerpo de ejército á que pertenece, queda bajo la jurisdicción de etapa, la cual tan pronto está disuelto y cerrado (el jefe-médico debe procurarlo sin demora) lo reincorpora. De la disolución, el jefe-médico da parte á los mismos á quienes notificó la instalación. Por último, en *las retiradas*, el hospital se levanta y sigue á las tropas, á excepcion de lo que á juicio del jefe-médico es absolutamente imprescindible para los heridos.

IV. — EN LAS DIVISIONES DE RESERVA Y MILICIAS NACIONALES MÓVILES.

Cada división de reserva tiene *una compañía sanitaria* y *cuatro hospitales de campaña de reserva*. Funcionan como las del campo de operaciones. Aquí, empero, el médico de división hace, además, de médico de cuerpo. Las milicias nacionales móviles tienen material sanitario análogo al de las tropas de campaña, y disponen, además, del de la sección de etapa.

V. — EN LAS PLAZAS ASEDIADAS.

Aquí el oficial de sanidad más antiguo hace de médico de ejército. Dirige el servicio, es asesor del primer jefe, y si el

sitio se prolonga procura cumplir exactamente lo que más adelante se dispone para el servicio higiénico en campaña.

B.—Servicio sanitario en la sección de etapa.

I.—DIRECCIÓN Y HOSPITALES.

Médico de etapa.—Dirige el servicio con arreglo á las órdenes del inspector de etapa y á las instrucciones del médico de ejército y del jefe de sanidad de campaña, con quien comunica directamente. Incumbe á él todo lo concerniente á traslado, albergue y asistencia de los heridos, cuida la recogida de los hospitales de campaña, procura que haya en ellos y en la sección de leves asistencia suficiente, ordena la instalación de hospitales para contagiosos ó enajenados, vigila la repatriación de los enfermos, envía material sanitario á la sección de operaciones y ejerce la inspección médica de las tropas y formaciones sanitarias de etapa, incluso las de sociedades de asistencia privada ó voluntaria.

Es, además, asesor del inspector de etapa é inmediato superior de todos los médicos y demás personal empleado en el servicio sanitario de ella, sobre el que tiene atribuciones disciplinarias de jefe de regimiento. Ejerce, además, el papel de médico de cuerpo en aquellos hospitales que han roto la comunicación con el ejército. Acuerda con los médicos de cuerpo la distribución de enfermos y el envío de material sanitario de refuerzo. Envía el dentista, el instrumentista y el coche actinoscópico á los médicos de las tropas ó á los hospitales. Manda venir al consultor quirúrgico y á los médicos de cuerpo, cuando en su jurisdicción se necesitan. Acuerda con el médico de ejército el uso del coche de agua potable y es responsable de la instrucción del personal encargado de manejarlo, así como del que practica las desinfecciones.

Consultor higiénico.—Nombramiento, grado y consideraciones análogos á los del quirúrgico. Depende del médico de

ejército y del inspector y del médico de etapa. Su campo de acción está en la sección de etapa, pero, á petición del médico de ejército, habrá de ir á la de operaciones. Su misión estriba en la profilaxis de las enfermedades contagiosas y en la higiene del agua potable, principalmente. Además inspecciona los hospitales y dicta las medidas más de acuerdo con el progreso de la higiene, relativas á vestuario, alimentación, etcétera.

Director del hospital de guerra (1).—Hay uno por cada cuerpo de ejército, como auxiliar del médico de etapa. Dirige la instalación y la pronta recogida de los hospitales, y además, el servicio en ellos y en la sección de leves, así como la distribución y evacuación de los enfermos. Amolda sus órdenes al punto en donde se halla. Adjunto puede tener un médico primero ó segundo y hasta un delegado del servicio sanitario privado. Sobre los médicos, funcionarios y personal que dirige, no tiene facultades disciplinarias de jefe de batallón. Uno de los directores de hospital de guerra puede ser encargado del parque ó depósito sanitario de etapa.

Sección del hospital de guerra.—Es la encargada del servicio en los hospitales de guerra. La forman médicos en activo, de la reserva ó civiles. El mando de la sección y, si se divide, de cada uno de sus grupos corresponde al oficial médico más antiguo. El médico de etapa distribuye la sección por los hospitales de campaña, que pasarán á ser de guerra, y, como hemos visto, manda el odontólogo, cuando se lo piden los médicos de cuerpo.

P. FARRERAS,
Médico primero.

(Continuará).

(1) Los alemanes llaman hospitales *de guerra* á los *de campaña* que, por tener heridos no transportables, no pudieron seguir al ejército y rompieron su comunicación con él.

(Véase «hospital de guerra» más adelante).

PRENSA MÉDICA

El atoxyl en la malaria.—El Dr. G. Tusco, en un folleto publicado en Nápoles (6 de Julio de 1907), hace un estudio del uso del atoxyl en varias infecciones microzoáricas, y cita tres casos de malaria en que el uso del *meta-arsenic-anilido* dió un resultado positivo. Dos de estos enfermos no habían mejorado con la administración diaria de la quinina en inyecciones subcutáneas, y curaron completamente después de dos inyecciones de 1 cc. de una solución al 10 por 100 de atoxyl.

Tusco no cree que el atoxyl tiene una acción específica sobre el plasmodium de la malaria, pero supone que en determinadas circunstancias el parásito del paludismo, así como el triponema pallidum de la sífilis, pueden haberse habituado á resistir sus respectivos medicamentos específicos, produciendo las formas malignas de la sífilis y de la malaria que resisten á la acción respectiva del mercurio y de la quinina, y en tales casos puede ser útil el uso del atoxyl.

*
**

Tratamiento de la neumonía por inyecciones de solución salina fisiológica.—El Dr. Bust, después de recomendar (*Med. Rec.*, 30 de Marzo de 1907) que á los enfermos de neumonía se les procure ante todo la respiración de un aire puro lo más oxigenado posible, aunque sea teniendo las ventanas abiertas, con tal de que estén muy abrigados y sin riesgo á enfriamientos

del cuerpo, da cuenta de los resultados beneficiosos obtenidos con el uso de las inyecciones hipodérmicas de solución salina fisiológica (0'7 por 100); también dice haber observado buen efecto con el uso, por la boca, de una solución de cloruro de sodio y bicarbonato potásico.

El opio, dice el autor que debe ser evitado, porque deprime la energía de los centros respiratorios y entumece la acción de los fagocitos. El alcohol tiene también un efecto pernicioso sobre la función fagocitaria, que es la principal defensa contra los microorganismos, y, además, pasada una ligera excitación, deprime los centros nerviosos respiratorio y circulatorio. El empleo de la solución fisiológica lo funda en la acción estimulante y eliminadora que todo el mundo reconoce á las inyecciones de suero artificial.

*
**

Taquicardia paroxística esencial y su tratamiento con inyecciones intravenosas de estrofantina.—El Profesor Baccelli refiere un caso interesante de taquicardia paroxística (*Gazz. degli Osped.*, 4 de Julio de 1907) en un hombre de cuarenta y ocho años. Los ataques solían siempre comenzar con un intenso dolor en la región precordial. El pulso se hacía irregular y de 250 contracciones por minuto, asociado con cianosis, edemas, ascitis y todos los signos de una insuficiencia cardíaca. Ningún resultado era obtenido con el uso de los medios ordinarios, inclu-

yendo las inyecciones hipodérmicas de estrofantina; pero una gran mejoría era alcanzada tan pronto este medicamento se administraba en inyecciones intravenosas á la dosis de $\frac{1}{2}$ miligramo. Las pulsaciones bajaron de 200 á 180 después de la segunda inyección, descendiendo á 80 después de la tercera y llegando hasta 60 finalmente. La mejoría fué mantenida; la diuresis aumentó de 100 cc. á 3 litros de orina; el corazón, que había sido dilatado, tomó sus dimensiones normales; el hígado decreció, y los edemas desaparecieron. Ninguna lesión orgánica pudo comprobarse.

Este excelente resultado, dice el autor, se ha repetido en otros casos de taquicardia paroxística tratados por la inyección intravenosa de estrofantina.

El Profesor Baccelli cree que estos casos de taquicardia son debidos á trastornos funcionales de los ganglios cardíacos y no del vago; y en este sentido, da cuenta de varios experimentos practicados en los animales, que parece vienen á comprobarlo. De todos modos, y cualquiera que sea la teoría patogénica que se acepte, lo cierto es que las inyecciones intravenosas de medio á un miligramo de estrofantina dan, según el testimonio de Baccelli, excelentes resultados.

Reacción tóxica general producida por los rayos X.— Los Dres. Edsall y Pemberton han estudiado (*Ameri. Jour. of. Med. Sciences*, Marzo de 1907) las alteraciones producidas en el metabolismo nutritivo en dos casos en que una reacción tóxica general ha seguido á las aplicaciones de los rayos X.

En el primero (un caso de ane-

mia), una postración marcada, con fiebre acompañada de anorexia y náuseas, siguió á una muy breve exposición á los rayos. En el segundo (un caso de reumatismo de la articulación del brazo), en que la exposición se redujo al sitio de la artritis, aparecieron los mismos fenómenos de reacción general.

Tanto en uno como en otro caso siguió á la acción de los rayos una inmediata disminución de las funciones excretoras, y después un aumento de esas funciones con aumento de los productos metabólicos eliminados por la orina.

De estas y otras observaciones del autor deduce éste que la reacción tóxica se presenta particularmente en las personas que se hallan sujetas ya á cierta toxemia.

En estos casos, el aumento de principios metabólicos ocasionado por la exposición de los rayos saturan la sangre y traspasan las facultades excretoras del organismo, dando lugar á los fenómenos tóxicos graves de referencia. Es indudable que los rayos obran aumentando el proceso de desintegración molecular de los tejidos. Esos productos metabólicos, no reducidos á sus últimos términos de oxidación ó no eliminados convenientemente por los riñones, son acumulados en la sangre y producen síntomas de intoxicación que pueden seguir á cada sesión de rayos X. Por eso tales síntomas son iguales á los que se presentan en otros trastornos metabólicos y semejantes á los de las intoxicaciones que se observan en ciertas infecciones microbianas.

El autor añade que los mismos síntomas se presentan en los enfermos del riñón, en quienes las funciones de eliminación de los pro-

ductos metabólicos se encuentran entorpecidas.

De estos estudios y curiosas observaciones se deducen ciertas importantes contraindicaciones del uso de los rayos X en todas aquellas personas que estén ya sujetas á intoxicación de la sangre, sea por enfermedades infecciosas ó por trastornos del metabolismo, como pasa en las distrofias, sea por nefritis ó lesión de los órganos eliminadores.

* *

Nuevo método de flebotomía.—El Dr. Jacobo describe un nuevo método para practicar esta sencilla operación de cirugía menor (*Amer. Journ. of Surg.*, núm. 4, de 1907), que se emplea con buen resultado en las clínicas de los Doctores Meyer y Manges en el *Mount Sinai*, hospital de New-York. El instrumental consiste en una aguja de aspiración de calibre adecuado, engastada por su cabeza en un trozo de tubo de goma que tiene por el otro extremo enchufado un pequeño tubo de cristal. Después de la desinfección de la piel de la región y de la aplicación de un torniquete ó venda que dificulte la circulación de retorno, se introduce la aguja, bien estéril, en la vena en dirección opuesta á la corriente, é inmediatamente comienza á fluir la sangre. El tubo de cristal se introduce en un frasco estéril, que convenientemente graduado pueda medir la cantidad de sangre que quiera extraerse.

Después de cesada la compresión y de retirada la aguja, se aplica sobre el sitio de la punción una compresa de gasa, y sobre ella un trozo de algodón y una venda que haga una ligera compresión.

Las ventajas que el autor asigna

á este método, comparado con el ordinario, son cuatro: Primera. Que no hay necesidad de incidir la piel, como se hace con la lanceta. Segunda. Que es más limpio, fácil y ejecutivo. Tercera. Que la cantidad de sangre puede ser medida exactamente. Y cuarta. Que la sangre se recoge estéril y puede ser utilizada para siembras y cultivos microbiológicos, que la mayor parte de las veces interesan á los fines diagnósticos.

* *

Valor clínico de la punción lumbar.—Los Dres. Buzzard, Batten y Fosbes han publicado un estudio sobre este asunto (*Brit. Med. Journ.*, núm. 2.498), comenzando por exponer la técnica y las indicaciones de la punción lumbar, y demostrando que el líquido céfalo-raquídeo presenta modificaciones físicas y químicas en las distintas enfermedades, que le separan de la composición normal. Los autores deducen de sus trabajos y observaciones clínicas que la investigación citológica y microbiológica del líquido céfalo-raquídeo es extraordinariamente interesante para fijar el diagnóstico de las afecciones meníngicas y ciertas infecciones é intoxicaciones. El valor terapéutico de la punción lumbar creen los autores, por el contrario, que es pequeña, aun en las enfermedades más recomendadas, como en la meningitis, la uremia, etc. Los accidentes consecutivos á la punción no son de temer, según la opinión de esos ilustrados prácticos.

* *

Los servicios sanitarios de campaña.—El Médico militar alemán Dr. Sicur ha hecho algunas

atinadas consideraciones sobre los servicios de campaña, en la sesión de 18 de Julio último de la Sociedad de Medicina Militar, que merecen la pena recogerse.

Las conclusiones en que el autor resume sus ideas pueden reducirse á las siguientes:

1.^a El puesto de socorro debe reducirse á prestar, como su nombre expresa, un sencillo socorro á los heridos, sin intentar una formal cura, y mucho menos operarlos.

2.^a Las ambulancias deben ser reducidas á formaciones ligeras, dotadas de medios de transporte rápidos capaces de acudir presto sobre el punto del campo de batalla donde se acumulen más heridos, constituyendo verdaderos puestos de socorro suplementarios y ayudando á la repartición de los heri-

dos entre los hospitales de campaña.

3.^a Que es preciso renunciar á toda idea de establecer sobre el campo de batalla instalaciones quirúrgicas propiamente dichas.

4.^a Que los grandes hospitales, donde se practican las operaciones más complicadas y difíciles, deben ser instalados en las poblaciones, porque sólo en estos hospitales se puede conseguir una instalación quirúrgica perfecta.

El autor sostiene además la idea de la creación de coches-autoclaves automóviles encargados de seguir á las formaciones sanitarias y de proveer á las tropas del paquete de cura individual y á los puestos de socorro y ambulancia de material de cura recién esterilizados.

VARIEDADES

Estadística.— Hemos recibido, acompañado de un B. L. M. del Excelentísimo Sr. Inspector Jefe de la Sección de Sanidad Militar, D. Justo Martínez y Martínez, un ejemplar del *Resumen de la Estadística sanitaria del Ejército*, correspondiente al año 1905.

Damos las gracias al Sr. Inspector y prometemos ocuparnos de este documento, espejo del estado sanitario de nuestras tropas en tiempo de paz, con el cuidado y detenimiento que tal asunto requiere.

*
**

Libros recibidos.— El ilustrado Primer Teniente de Infantería, alumno de la Escuela Superior de Guerra, D. Fernando Redondo, nos ha remitido un interesante folleto, titulado *Patria y Bandera*, dedicado al soldado español y para la lectura en los cuarteles. Agradecemos á dicho Oficial el envío y la inclusión en el mismo de algunos pensamientos de nuestro compañero Larra.

*
**

Con el título *Los últimos días en la isla Filé*, el Dr. D. Rodolfo del Castillo y Quartiellers ha publicado un interesante folleto referente á aquella parte del Egipto que visitó este invierno.

Es un trabajo muy curioso, y en él su autor revela los conocimientos que tiene en egiptología, hoy tan cuidados y estudiados en el extranjero. El Dr. Castillo es una autoridad en la materia y son sus trabajos de exquisita erudición; honra la bibliografía española.

SECCIÓN OFICIAL

10 Octubre.—Real orden circular (*D. O.* núm. 226) relativa á la instalación de filtros en los edificios y dependencias militares.

» » Idem id. id. (*D. O.* núm. 226) dictando disposiciones para que las farmacias de los hospitales puedan preparar el oxígeno, comprendido en el nuevo petitorio-formulario de medicamentos.

» » Idem id. id. (*D. O.* núm. 226) dictando reglas relativas á vestuario y equipo de las secciones de Ceuta y Melilla de la Brigada de tropas de Sanidad Militar.

» » Idem id. id. (*D. O.* núm. 226) disponiendo la forma de despachar medicamentos á los Jefes y Oficiales que residan en localidades donde no haya farmacia militar.

11 » » Real decreto (*D. O.* núm. 227) concediendo al Inspector médico de segunda clase D. Alfredo Pérez Dalmau la gran cruz del Mérito Militar.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 227) autorizando la compra por gestión directa durante un año de los víveres y artículos necesarios para el consumo del hospital de Santa Cruz de Tenerife.

» » Real orden circular (*D. O.* núm. 227) dictando reglas para que las farmacias militares despachen medicamentos para las enfermerías de los Cuerpos sin pago ni cargo directo de los mismos.

12 » » Idem id. (*D. O.* núm. 227) autorizando al Inspector de segunda clase, en situación de reserva, D. José Batllé y Prat, para que traslade su residencia desde Barcelona á Valencia.

- 14 Octubre.—Real orden circular (*D. O.* núm. 228) publicando el cuadro de bajas definitivas de Jefes y Capitanes ocurridas en Septiembre último, entre las que figura, por retiro, la del Farmacéutico mayor D. Fernando Viñas Coma.
- 18 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 232) nombrando al Médico primero don Francisco Fernández Cogolludo Ayudante de Profesor de la Academia Médico-militar, sin perjuicio de su destino de plantilla.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 233) disponiendo que las antigüedades que sirvan de base para declarar derecho al sueldo del empleo inmediato, desde 1.º de Octubre, sean las siguientes: 4 de Octubre de 1896 para los Tenientes Coronales, 21 de Enero del mismo año para los Comandantes, 29 de Octubre de 1895 para los Capitanes y 20 de Febrero de 1898 para los Primeros Tenientes.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 233) disponiendo que el Médico primero D. Dionisio Tato Fernández entre en turno de colocación para obtener destino cuando le corresponda.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 233) disponiendo que el Médico primero D. Pablo Salado y Fernández entre en turno de colocación para obtener destino cuando le corresponda.
- 19 » » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 233) dictando reglas para la preparación por Jefes y Oficiales de los aspirantes á ingreso en las Academias militares.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 234) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir tres aparatos para corrientes galvánica y farádica, modelo Chardin.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 234) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir un baste denominado «Universal».
- 21 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 235) concediendo al Médico primero D. Martín César Juarros y Ortega mención honorífica por su trabajo titulado «Cartilla de higiene y primeros auxilios».
- » » Disposición de la Sección de Instrucción (*D. O.* núm. 235) dictando reglas relativas á los beneficios que se conceden á los alumnos de las Academias militares hijos de militar ó marino condecorado con la cruz de San Fernando.
- 22 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 236) disponiendo el transporte á Palma de Mallorca del material complementario y atalajes para dos furgones de desinfección.

23 Octubre.—Real orden (*D. O.* núm. 237) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Rafael Catalán Castellano y D. Ramón Fiol y Jiménez y á los Médicos primeros D. Jesús Bravo Ferrer y don Francisco Durbán Orozco.

» » Idem *id.* (*D. O.* núm. 237) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Antonio Amo Navarro, D. José Romero Aguilar y don Antonio Bernal Descalzo, y á los Médicos primeros D. Nemesio Agudo de Nicolás, D. Víctor Herrero y Díaz de Ulzurrun, D. Jesús Bartolomé y Relimpio, D. Miguel Pizarro López y D. Francisco Bada y Mediavilla.

» » Idem *id.* (*D. O.* núm. 238) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico mayor D. Salvador Sánchez Iznardo.

25 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 238) disponiendo se anote en la hoja de servicios del Médico primero D. Julio Redondo y Martínez su aplicación y laboriosidad por los folletos que ha escrito acerca del alcoholismo, vénereo y sífilis.

» » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 238) declarando aptos para el ascenso, cuando por antigüedad les corresponda, á los Jefes y Oficiales siguientes:

Subinspectores farmacéuticos de segunda clase: D. Alejandro Alonso Martínez, D. Bartolomé Aldeanueva Paniagua y D. Manuel Puigvert Borrell.

Farmacéuticos mayores: D. Felipe Cabrera Alonso, don Ricardo García Segond, D. Cecilio Bonal Lorenz, D. Juan Revilla Sisí, D. José Maffei Puigdoller y D. Gregorio Olea Córdoba.

Farmacéuticos primeros: D. José Grua Pons, D. Antonio Casanovas Lloret, D. Francisco Sánchez Lahorra, D. Amadeo Echevarría González, D. Enrique Calatrava Torres, D. Wenceslao Carredano López, D. Saturnino Cambronero González, D. Eduardo Colis Martínez, D. Francisco Alonso Pulido, D. Juan Seirullo Ferris, D. Eugenio Tocino Sánchez, D. Saulo Revuelta Fernández, D. Juan Gamundi Ballester, D. Bernardino Hervás Soldado, D. Miguel Iborra Gadea, D. Tomás Vidal Freixinet, D. Miguel Rivera Ocaña, D. Rafael Candel Peiró, D. Amaranfo Calvillo Guijarro, D. Luis Gil Izaguirre. D. Blas Alfonso Ramírez,

Farmacéuticos primeros: D. Miguel Robles Pineda, D. Juan Pericot Prast, D. José Abadal Sibila y D. Ciro Benito del Caño.

Farmacéuticos segundos: D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún, D. José Ríos Balaguer, D. Félix Ruiz Garrido y Sancedo, D. Jesús Rodríguez de la Fuente, D. Martín Rodríguez Sánchez, D. Manuel Dronza Surió, D. Francisco de Paula Millán, D. Luis Bescansa Casares, D. Gregorio Perán Caro, D. Enrique Díaz Martínez, D. Francisco de Cala Martí, D. Santiago Gressa Camps, D. Manuel Fontán Amat y D. Leopoldo Méndez Pascual.

25 Octubre.—Real orden (*D. O.* núm. 238) disponiendo que el Farmacéutico segundo D. Francisco de Cala Martí entre en turno de colocación para obtenerla cuando le corresponda.

Idem id. (*D. O.* núm. 238) disponiendo que el Médico primero D. Cándido Navarro y Vicente entre en turno de colocación para obtenerla cuando le corresponda.

Idem id. (*D. O.* núm. 238) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se expresan pasen a servir los destinos que se les señalan.

Farmacéutico mayor D. Andrés Carpi Torres, al laboratorio sucursal de Málaga.

Farmacéuticos primeros: D. Francisco Vidal Geli, al hospital de Barcelona; D. Eduardo Colis Martínez, á excedente y en comisión al hospital de Segovia; D. Joaquín Más y Guindal, excedente y en comisión en plaza de segundo á la farmacia militar de Madrid número 1, y don Manuel Vicioso y Martínez, á excedente y en comisión en plaza de segundo á la farmacia sucursal de Sevilla.

Farmacéuticos segundos: D. Faustino Ortiz Montero, al hospital de Madrid; D. Jesús Rodríguez de la Fuente, al de Palma de Mallorca; D. Martín Rodríguez Sánchez, al de Ceuta; D. Francisco de Cala Martí, al de Badajoz, y D. Manuel Fontán Amat, al de Mahón.

Idem id. (*D. O.* núm. 238) concediendo al Médico primero D. Olegario de la Cruz Repila licencia para contraer matrimonio.

Con este número repartimos un prospecto del medicamento **TEOCINA**, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Elberfeld (Alemania) y Barcelona.