

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año II

Madrid 1.º de Agosto de 1908

Número 15

SUMARIO

Fiebre mediterránea ó de Malta en España (continuación), por J. Durán de Cottes.—Resumen de los apéndices al nuevo Reglamento alemán para el servicio sanitario de campaña (continuación), por P. Farreras.—*Prensa médica*: Benzosalina.—Tiodina.—La eustenina.—Arsoferina.—Corifina.—Tratamiento de las enterorragias.—Los rayos X como medio de distinguir la muerte aparente de la real.—El signo palmo-plantar en la fiebre tifoidea.—El arsénico en la sífilis.—El colargol en el tratamiento de la cistitis.—Tratamiento de las quemaduras por la levadura de cerveza.—Tratamiento de las sífilides por las inyecciones mercuriales locales.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Agosto de 1908.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

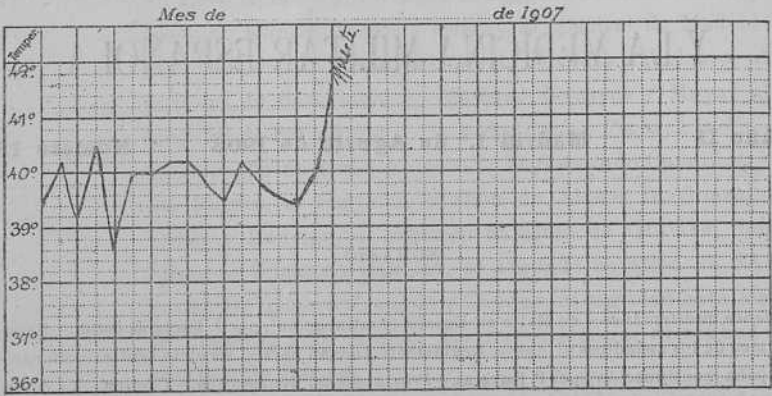
FIEBRE MEDITERRÁNEA Ó DE MALTA EN ESPAÑA

(Continuación).

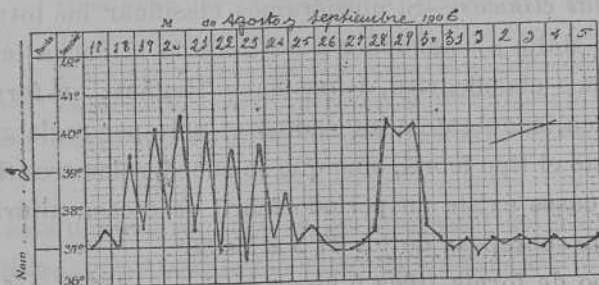
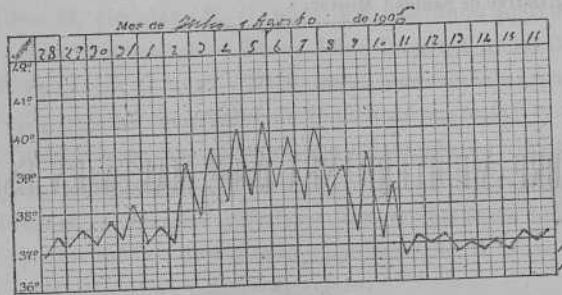
Formas clínicas.—Si quisiéramos clasificar las formas de fiebre de Malta ajustándonos á los tipos de la curva térmica, pudiéramos clasificarlos, como hace Hughes, en forma hiperpirética, ondulante é intermitente; pero por regla general no persiste el tipo febril, sino que se suceden los tres tipos, y en otros casos existe un periodo febril de escasa altura, que raramente sobrepasa de los 37'5 á los 38°.

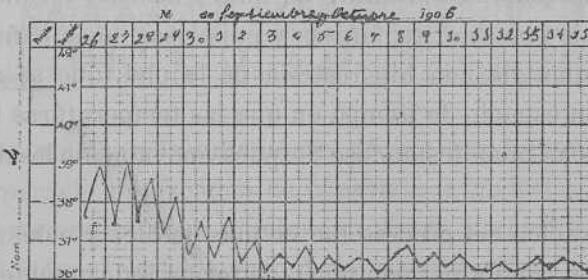
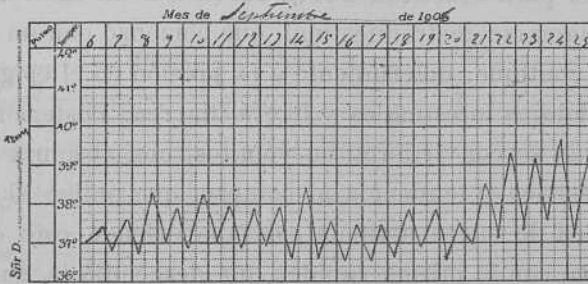
Al tipo de forma tífica ó hiperpirética podemos referir la

adjunta térmica de un caso de terminación mortal consignado por Bruce:



Al tipo de forma ondulante, la siguiente térmica de los meses de Julio, Agosto, Septiembre y Octubre de la enferma N. N., señora de mi compañero el Dr. Lixana, observada por mi en Madrid:



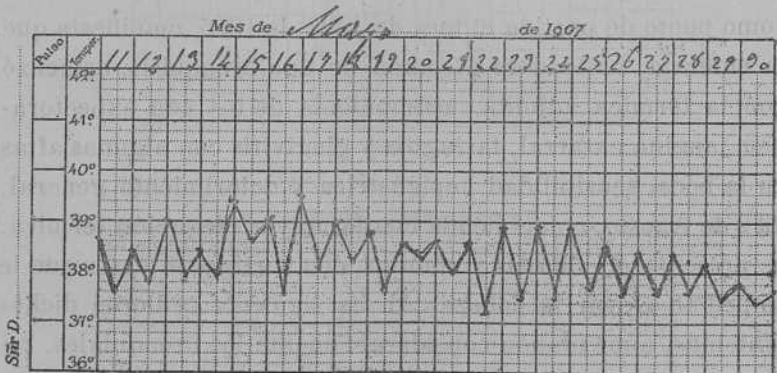


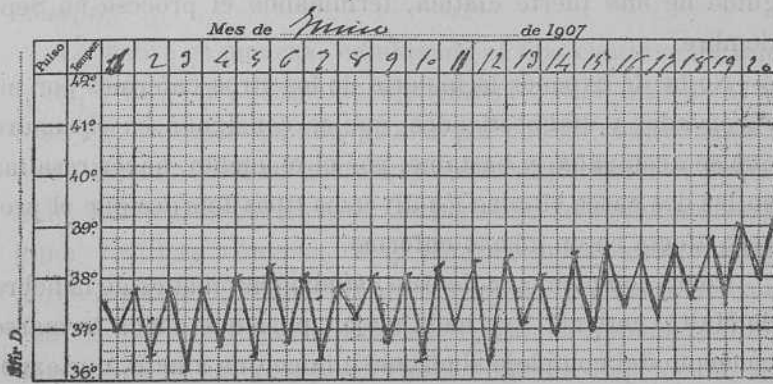
Esta historia, con gran escrupulosidad y suma de datos, me ha sido facilitada por el Dr. Lixana después de formulado por mí el diagnóstico bacteriológico. Extractada, es la siguiente: Después de procesos febriles indeterminados, y que presentaban analogía con la fase ulterior del proceso, y tomando como punto de partida el mes de Julio de 1906, manifiesta que la enferma, hallándose afectada de una bronquitis, comenzó con la térmica adjunta, acompañada de tos con expectoración, angina catarral, faringitis y gingivitis con algunas aftas en la boca, sensibilidad hepigástrica y dolorimiento general. El 2 de Agosto, coincidiendo con la mayor elevación térmica, se presentaron náuseas y vómitos, con vértigos intensos que le impedían elevar la cabeza. Al día siguiente cedieron dichos síntomas, aumentando considerablemente los bronquiales, revistiendo la forma de una doble bronconeumonia de vértice, disminuyendo al descender la fiebre hasta desaparecer por completo la tos y expectoración, permaneciendo después la temperatura á 37° próximamente durante seis días, volviendo

á ascender para constituir nueva curva con un síndrome que pudiera llamarse gastrointestinal, que comenzó con un estado nauseoso continuo, dolorimiento á la presión en el epigastrio, algunos dolores intestinales y ligera diarrea. Posteriormente las náuseas se convirtieron en vómitos, con absoluta intolerancia gástrica y tendencia al colapso, que obligó al uso de inyecciones de suero artificial, desapareciendo este cuadro sintomático con la misma rapidez que descendió la temperatura, manifestándose durante un nuevo ascenso térmico una erupción de placas eritematosas y papulosas, acompañada de fuerte raquialgia con hiperestesia de la piel, que se atenuó durante un espacio de tiempo en que las temperaturas fueron hipotérmicas, manifestándose después nuevamente los dolores y sudores.

La duración del proceso fué de más de diez y ocho meses, terminando con un periodo febril de forma intermitente.

Al tipo intermitente puede referirse el comienzo y periodo comprendido entre el 30 de Mayo y 15 de Junio de la adjunta térmica, correspondiente al enfermo Dr. Barea, procedente de Cartagena y observado por mí en Madrid:





Los síntomas más culminantes de este caso fueron: Después de un periodo prodrómico de cansancio y malestar, se inició en Febrero de 1906 un movimiento febril vespertino que llegaba á alcanzar á las cuatro de la tarde la cifra de 38° y décimas, presentándose durante la noche sudores profusos. El comienzo de la fiebre se acompañaba de dolor de cabeza. El tipo febril era intermitente, sin impedirle dedicarse á la profesión por la mañana, siguiendo en esta forma hasta Marzo, empleando como único tratamiento la quinina, por considerar el proceso palúdico. En este mes la temperatura alcanzó cifra más elevada, pero con remisiones muy acentuadas. Durante el mes de Abril la lengua se hallaba ligeramente saburrosa, sin vómitos ni diarrea, pulso frecuente, á intervalos irregulares, y sudores abundantes, descendiendo la temperatura á 37 y 36° durante algunos días, pero elevándose después á 39 y 39 y décimas cuando comienza la térmica adjunta, presentándose artralgias en rodillas y codos y súbitamente una diarrea muy fétida, que duró poco tiempo. El bazo aumentó de volumen, haciéndose doloroso á la presión y espontáneamente, coincidiendo con una gran intolerancia gástrica, que le obligaba á recusar la leche. A esta fase gastrointestinal siguió un periodo de relativa calma, con temperaturas de tipo

intermitente y remitente después, notable desnutrición y seguido de una fuerte ciática, terminando el proceso en Septiembre.

No he de exponer la historia de los otros enfermos por mí observados y diagnosticados, que se consignan en el cuadro que se acompaña, y bástame, por el momento, hacer resaltar en los dos casos citados los diversos tipos febriles que el proceso afecta en un mismo enfermo.

Como complemento de este estudio sintomático de la fiebre de Malta, entiendo que nada mejor, para que pueda formarse concepto del complejo síndrome clínico que afecta, que exponer una idea de conjunto, de impresión, digámoslo así, que la observación de muchos casos deja grabada en el observador, y á este fin nada más expresivo ni más ajustado á la realidad que transcribir la impresión que en la mente de persona tan ilustrada como D. Miguel García Camba dejó la observación de múltiples casos que ha podido estudiar desde Enero de 1905 á Septiembre de 1907 en Cenicero y pueblos limítrofes, y que me transmite por escrito por entender que se trataba de fiebres de Malta como las que yo había dado á conocer bacteriológicamente en Octubre de 1906 en Madrid, Cartagena, Málaga, Toledo, Zamora, etc.

Según manifiesta, se creyó procedente la epidemia de El Ciego (Álava), y fué considerada como una afección gripal.

«Los primeros días simulaba una afección vulgar con localización gastrointestinal (catarro gástrico intestinal, indigestión), con fiebre regular (38° á 39°), quebrantamiento, sensibilidad epigástrica á la presión, astricción y alguna vez diarrea y dolor de cabeza moderado. Estos síntomas no ceden á los purgantes emetocatórticos, desinfección intestinal, no tardando en presentarse aumento de volumen hepático y esplénico, especialmente el último, con mucha sensibilidad en la región, y alguna vez dolor de carácter neurálgico en el bazo, que llega á crisis irresistibles. Delirio algunas veces (un

caso simulando *delirium tremens*) y subdelirio nocturno casi siempre.

La fiebre se modera, cambiando el tipo continuo en remitante, y luego francamente intermitente, oscilando de 37°6'8 à 38°4'5. Después de este primer período de veinte días ó un mes, las fuerzas han decaído considerablemente; el apetito, nulo. Los trastornos gastrointestinales se acentúan á días; alguna vez hay vómitos. Si el enfermo puede estar algunas horas levantado, vuelve pronto á la cama, impotente de continuar en pie ó de hacer el más leve ejercicio. Astenia profunda muscular y de los centros nerviosos. Sigue la inapetencia, aunque no en tan alto grado. En todo esto se han pasado dos meses ó más; el enflaquecimiento es muy pronunciado. Cuando el enfermo parece va mejorando, acusa de la noche á la mañana dolor en alguna articulación, generalmente los hombros, uno ó ambos, y una ó ambas articulaciones tibiotarsianas, ora lentos, ora agudísimos. La inspección no acusa aumento de volumen ni rubicundez, pero sí sensibilidad exagerada á los movimientos ó á la palpación. El dolor se propaga á las vainas tendinosas á la presión, y en las inserciones musculares, en las crestas articulares. Cede muy poco al salicilato de sosa, á la aspirina y sulfato de quinina. En dos casos eran ciáticas perfectamente caracterizadas, y neuralgias intercostales en otras dos.

El que subscribí fué también atacado de tos espasmódica violenta de accesos muy frecuentes, imposibles los decúbitos por la disnea, expectoración clara filamentososa y sudores profusos por la noche. Así transcurre otro mes ó más, y cuando todo parece que va entrando en orden y comienza una convalecencia penosa, un nuevo brote febril, que no obedece generalmente á excesos, porque al enfermo le es imposible cometerlos, da al traste con todo lo ganado, y se reproduce el cuadro primitivo, ya con las mismas localizaciones, ya en diversos puntos. Este segundo brote va casi siempre acompa-

ñado de orquitis única casi siempre, ya doble simultáneamente ó alterna, más adelante de repeticiones dolorosas, con crisis, y aumento considerable de volumen rebelde al tratamiento ordinario.

Nueva remisión de los síntomas: la fiebre vuelve al tipo remitente, luego intermitente, vespertino generalmente; y como á todo esto van pasados cinco, seis, siete ó más meses sin casi reponerse el organismo (apenas da resultado la quinina, nuez de kola, glicerofosfatos, cacodilatos, etc.), el enfermo, si puede andar, lo hace penosamente, y por la calle, á horas convenientes, juntándose algunos parecen espectros, ofreciendo á la vista cuadros dolorosos, tanto más cuanto que casi todos son jóvenes de diez y ocho á treinta ó treinta y cinco años. De cuarenta para arriba son pocos los atacados.

Las ovaralgias en las mujeres vienen á substituir á la orquitis del hombre.

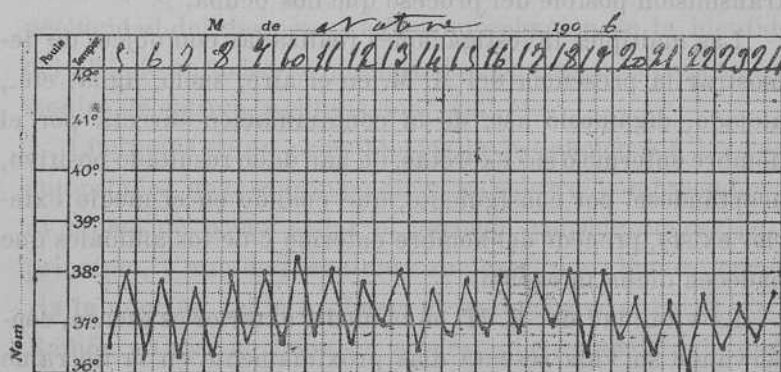
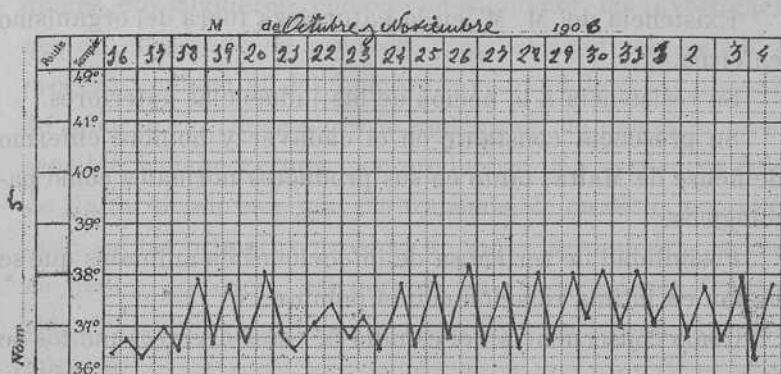
La duración, diez meses á dos años; los menos, cinco ó seis meses.

Un catarroso crónico y un cardíaco han sucumbido.

El tratamiento, puramente sintomático, y casi á la larga un fracaso; poco resultado la quinina, aunque no se prescindió de ella; los analgésicos, embrocaciones, calmantes, desinfectantes gastrointestinales, inyecciones de morfina, revulsivos, todo á la larga se hacia inútil y habia que variarlo ó suspenderlo á menudo, hasta que la infección se atenuaba, se gastaba, y el tiempo, aniquilando al enfermo, agotaba la paciencia del Médico.

Gente joven, jornalera, en toda casa en que se presentaba la fiebre de Malta era la ruina y la miseria».

La forma febricular consignada por D. Pedro R. y Cajal, acaso no pueda referirse más que á una fase del proceso, como ocurre en la enferma señora del Dr. Lixana durante los meses de Octubre Noviembre y Diciembre.



Epidemiología.—La epidemiología de la fiebre de Malta constituye un capítulo importantísimo que abarca, á mi modo de ver, como puntos capitales de estudio, los siguientes:

Existencia del M. M. en la naturaleza fuera del organismo enfermo.

Su resistencia á la acción de las influencias exteriores.

Su presencia constante en el cadáver y hombre enfermo de fiebre de Malta, tanto en sus productos normales como patológicos.

Posibilidad de ser causa de infecciones en animales que se hallan en íntima relación con el hombre.

Como consecuencia del estudio de estos diversos puntos de vista de epidemiología, ha de derivarse el de los medios de transmisión posible del proceso que nos ocupa.

Las múltiples investigaciones realizadas con objeto de demostrar la presencia del M. M. en el aire, suelo, agua, etc., alejado, digámoslo así, de la contaminación directa por el hombre enfermo ó sus excretas, no han dado resultado positivo, aceptándose, por consiguiente, que cuando en el medio exterior existe, procede del hombre enfermo ó de los animales que padecen dicha infección.

La vitalidad del M. M. en el medio exterior es escasa, conservando su vida sesenta días próximamente en la tierra de jardín estéril y siete en el agua dulce estéril. El oxígeno le es necesario, y su vitalidad y virulencia disminuyen privado de él.

La investigación del M. M. en el cadáver de individuos fallecidos de fiebre de Malta y en el hombre enfermo, entraña la historia de las investigaciones realizadas á partir de las observaciones de Bruce, Hughes y Manson, etc., en el sentido de demostración de ser el M. M. la causa de la enfermedad.

Ya hemos consignado anteriormente que en los cadáveres autopsiados por Bruce y Hughes se pudo aislar un germen con caracteres perfectamente definidos, al cual no dudaron en calificar como causante del proceso, en virtud de no hallarse este germen más que en los individuos muertos de fiebre mediterránea, encontrándolo y aislándolo del hígado y bazo, me-

ninges, etc. Siguieron, como es consiguiente, las investigaciones en el sentido de producir con dicho germen aislado un proceso análogo al del hombre inyectándolo á los animales de laboratorio, llegando á la conclusión de que el mono era sensible á dicho germen por producirle una verdadera fiebre de Malta, siendo este proceso transmisible en serie, cumpliéndose así las primeras pruebas de especificidad del proceso, es decir, presencia del germen en el organismo, transmisión del hombre á otros animales y transmisión en serie á los mismos.

Investigaciones posteriores han venido á confirmar la especificidad del germen por la comprobación de la identidad del aislado en todos los autopsiados, por sus reacciones en los medios de cultivo, aglutinación, etc., etc.

Limitadas en un principio las investigaciones á los casos autopsiados, no tardaron en dirigirse sobre el hombre enfermo, al objeto de poder aislar el germen, considerándose en un principio, y aun en fecha muy reciente, por algunos, necesaria la punción del bazo, hasta el punto de que el Dr. D. Pedro Ramón y Cajal no llega en sus estudios clínicos á formular diagnósticos bacteriológicos, por entenderlo así.

Las investigaciones de la Comisión inglesa presidida por Bruce para el estudio de la fiebre de Malta se han dirigido, no tan sólo á investigarla en la sangre, sino que también en otros productos normales y patológicos. Entre estos investigadores figuran en primera línea Zammit, Gilmour, Shaw, Davies, etc.

Concretándonos á los citados, diremos que el procedimiento seguido por ellos para sus investigaciones en la sangre ha sido la obtención de ésta directamente de una vena con todos los medios posibles de asepsia, como venia y haciéndolo los años 1904 y 1905 con los enfermos de tifus exantemático, y que fué motivo de hallar el primer caso de fiebre de Malta de mis observaciones (Abril, 20, 1906).

El método preferido por Zammit es la extracción de sangre de una vena de la flexura del codo en cantidad de 5 cc., con las precauciones debidas de asepsia, haciendo inmediatamente siembras de ella en caldo al 1 por 19, practicando nuevas diluciones en varios tubos de caldo de 9 cc. de contenido con 1 cc. de la dilución primitiva. Después de una incubación en la estufa de cinco días á 37°, siembra en agar, practicando resiembras cada cinco días durante un mes. Si las siembras aparecen con colonias de aspecto de M. M., separarlas, señalándolas previamente para su examen, desechando los tubos contaminados.

Gilmour elige un brazo en que las venas de la flexura del codo sean muy prominentes, afeitándolo desde la mitad del antebrazo á mitad del brazo, procediendo después de la esterilización de la región á la extracción de 5 cc. de sangre, y practica las siembras del modo siguiente:

2 cc. de sangre en un frasco de 30 cc. de caldo.

1 cc. de ídem en dos tubos de 9 cc. del caldo.

Distribuye el resto en placas de Petri con agar, y de los dos tubos de caldo sembrado resiembra, en caldo también, desde 3 cc. de la emulsión hasta fracciones mínimas. Examina los tubos cada cinco días.

Por estos procedimientos ha sido obtenido el M. M. de la sangre periférica por Zammit, en 27 casos de 50 examinados. Gilmour, en el 82 por 100.

Shaw, de 51 casos examinados, llega á las conclusiones siguientes:

El M. M. existe en la sangre de los enfermos en gran cantidad, habiéndose encontrado en $\frac{1}{256}$ de cc. de sangre.

No existe relación bien establecida entre el momento de la enfermedad y su presencia en la sangre. Se ha encontrado al séptimo día, y en ocasiones más tarde, al noveno. Se ha encontrado en la mayoría de los casos cuando la fiebre es alta, pero en ocasiones en la convalecencia y cuando la tempera-

tura es normal durante unos días, habiendo fracasado también en algún momento de fiebre alta.

En 29 casos en que la sangre fué extraída por la mañana, entre 10 y 12,30', se encontró el M. M. en 14 casos y en 15 no. En 22 casos en que se extrajo por la tarde, de cinco á seis horas, se encontró en 16 y en 6 no. Existe proporción de 3 : 1 en favor de la tarde.

No existe relación establecida entre el poder de aglutinación de la sangre del enfermo y el momento en que el M. M. se encuentra en mayor cantidad. En la mayor parte de los casos se ha encontrado con el mayor poder de aglutinación. Sin embargo, en algunos casos en que existía en mayor cantidad el germen en la sangre ($\frac{1}{128}$ de cc.), no aglutinaba más que al $\frac{1}{40}$, debiéndose notar algunos en que encontrándose el germen en $\frac{1}{256}$ de cc. de sangre aglutinaba al 1 : 1.000, y otro en que no se encontró el germen aglutinaba al 1 : 1.800.

Como podrá verse en los casos por mí diagnosticados con siembras, excepto en 2 casos he obtenido el M. M. de la sangre.

Las investigaciones dirigidas á descubrirlo en la piel, aire expirado, saliva, esputos y orina, han dado resultado negativo, excepto en la última, demostrándose que el verdadero punto de eliminación es por el riñón, pues la Comisión inglesa lo ha encontrado en el 10 por 100 de las orinas examinadas procedentes de enfermos de fiebre de Malta.

No creo, sin embargo, dudoso que pueda encontrarse en los esputos de los enfermos de forma bronconeumónica, así como en otros focos inflamatorios, dada su condición puógena, como en los abscesos, donde ha sido por mí hallado. Su presencia en las heces es un problema de técnica, pero indudablemente existe, dado su origen intestinal, en la generalidad de los casos.

En 32 casos fué investigado por Kennedy en la saliya, no hallándolo en ninguno.

La posibilidad de ser el M. M. causa determinante de algún proceso en animales en íntima relación con el hombre, ha dirigido las investigaciones de los bacteriólogos en este sentido, y al objeto de comprobar experimentalmente en qué grado las cabras, muy numerosas en Malta, son susceptibles á la infección del M. M., practicó Shaw experiencias en 1904 por inyecciones subcutáneas.

Pensando en la posibilidad de que fuera diverso el resultado según la susceptibilidad del animal, en razón á su mayor ó menor edad, eligió para su experimento una cabra y un chivo. Inyectó en 30 de Julio de 1904 una cabra de [un año y una chiva de tres meses, cuyo poder aglutinante de la sangre para el M. M. era nulo.

Los resultados de las experiencias fueron los siguientes:

Cabra: Julio 1904.—No aglutina el M. M. Temperatura normal, oscilando entre 101 y 102 F. hasta 8 de Agosto de 1904, en que á medio día se le inyectó subcutáneamente un cultivo de seis días de antigüedad en seis placas de Petri (procedente de bazo de hombre muerto de fiebre de Malta), dando lugar á elevación de temperatura á 105'8 F. el día 9 y 107'2 el 10 de Agosto. Descendió gradualmente bajo la normal el 14.

El 13 de Agosto presentó poder aglutinante en dilución al 1 por 30, elevándose el 14 al 1 por 200, y al 1 por 800 el día 20, en cuya fecha recibió nueva inyección de igual cultivo y en igual forma, dando lugar á igual elevación de temperatura durante tres días.

En 30 de Agosto la reacción de aglutinación alcanzó al 1 por 2.200, y en Septiembre, día 5, al 1 por 3.200.

Análogos resultados obtuvo con la chiva.

Examinada por Shaw la orina, sangre y leche de estos animales, así como algunas vacas y otras cabras, llega á las conclusiones siguientes:

1.^a La susceptibilidad de la cabra á la infección experimental, establecida por él, queda perfectamente demostrada.

2.^a La persistencia del M. M. en la sangre de la cabra durante varios meses es indiscutible.

3.^a En 91 cabras lecheras, 30 se encontraron infectadas del M. M., por haber obtenido siembras positivas procedentes de la sangre y suerodiagnóstico positivo. En 9 casos se encontró el germen en la leche, que inyectado al mono le produjo la enfermedad.

4.^a En 33 vacas examinadas 10 padecían la infección, y en una de ellas aisló el germen de la leche.

5.^a En 31 novillos 5 poseían alto poder aglutinante, permitiendo creer que habían padecido fiebre de Malta.

6.^a En un perro enfermo que se sospechó la padecía, no se encontró nada.

Horrecks y Kennedy examinaron 331 cabras en diferentes regiones de Malta, con el resultado siguiente: 131 tenían suero aglutinante. La aglutinación por la leche fué encontrada en 82 casos. En 42, el suero y la leche aglutinaban. En 16, el suero aglutinaba y la leche no. La leche aglutina, por consiguiente, en 72'40 por 100 de los casos en que el suero aglutina.

El 10 por 100 de cabras de leche en Malta contenían en ella el M. M.

Si el hombre invadido por el M. M. lo es en términos tales que en su sangre se halla en ocasiones en $\frac{1}{160}$ de cc. (aparte el considerable número en que se halla en el hígado, bazo, riñones, etc.), y se elimina al propio tiempo por la orina en gran cantidad, más la difusión que puedan ocasionar otros productos patológicos, se comprenderá que hay que considerar al hombre enfermo como un foco que vierte al exterior el agente determinante de la fiebre de Malta.

J. DURÁN DE COTTES,

Médico mayor.

(Continuará).

RESUMEN DE LOS APÉNDICES

AL

NUEVO REGLAMENTO ALEMÁN PARA EL SERVICIO SANITARIO DE CAMPAÑA

(Continuación).

B.—ENTRADA DE LOS ENFERMOS.

Los enfermos entran en la sala de espera, y allí, bajo la inspección del primer inspector de hospital de campaña, el segundo, que dispone de dos suboficiales, uno *escribiente* y otro *de cámara ó guardarropa*, para ello, toma la *libreta del soldado*, ó á falta de ésta hace una especie de recibo, en donde además del nombre, procedencia, etc., consta la ropa, el armamento, equipo, dinero y efectos de valor del enfermo. Luego se anota en el *libro principal de enfermos*. La tarjeta del herido se guarda con la hoja clínica. Si el enfermo ingresa sin conocimiento y no lleva encima su libreta, se toma nota de sus señas y marcas de sus vestidos. A los graves no se les toma, por de pronto, más que el nombre. Los diagnósticos los facilitan los médicos de sala. El jefe médico y el primer inspector de hospital de campaña, responden de que se lleve bien el libro principal de enfermos.

El *dinero* y los *objetos de valor* los recibe y anota en la libreta del soldado, ó en la baja, el segundo inspector de hospital de campaña. Guarda también especialmente, los *impresos* y *escritos secretos* de los oficiales enfermos. Los partes se entregan al jefe de fuerza más próximo. Las *ropas*, el *equipo* y el *armamento*, se anota en otro libro, por el suboficial de la guardarropa. Las *municiones* depositarlas donde no haya peligro, y si la enfermedad es larga, mandarlas inmediatamente á la más cercana comandancia de etapa. A cada entrado se le lava y da ropa limpia.

C.—SUELDOS Y HABERES.

Los oficiales, funcionarios y cuantos cobren del ejército en campaña, si entran en el hospital, percibirán, sin demora, sus haberes y sueldos, con arreglo á su libreta.

D.—DISPOSICIONES PARA LOS ENFERMOS.

Cada enfermo arreglará, si puede, su cama al levantarse; se lavará y peinará; se enjuagará la boca, para lo cual se le dará medios, y los enfermeros ayudarán á quienes lo necesiten. Salvo los suboficiales, todos los leves llevarán su vaso de noche al excusado y lo vaciarán. Después y siempre que vayan al excusado, se lavarán las manos. No ensuciarán el suelo, las paredes ni el utensilio, ni se echarán en la cama con zapatos. No irán, sin permiso, á otra sala, ni á la cocina. Si entra en la sala un médico militar, un oficial ó un funcionario superior, los levantados se colocarán junto á sus camas. Sólo con permiso del médico y en el lugar designado, se podrá fumar. La ración se indicará en la papeleta de cabecera. Las quejas acerca de ella y las reclamaciones las expondrá al médico de la sala. No cambiará con otro ni le regalará la ración; lo que le sobre lo entregará al enfermero. No ensuciará los patios y jardines; no escupirá por las ventanas ni arrojará por ellas nada. Se acostará en verano á las diez, y en invierno á las nueve. No hará ruido al abrir y cerrar puertas, ni al subir y bajar escaleras. Será comedido con todo el personal. No saldrá del hospital sin permiso escrito del jefe médico. No podrá ser visitado sin permiso del médico, y sus visitantes no le llevarán cosas prohibidas.

E.—SALIDA DE ENFERMOS.

Útiles.—Los curados aptos para el servicio, volverán á sus cuerpos, si están cerca, y si no, á la comandancia de etapa más

próxima. Saldrán después de la comida de la mañana. El día anterior, á lo más tardar, los médicos de sala participarán el alta al jefe médico. El segundo inspector de hospital de campaña prepara las cosas del enfermo y se las entrega, previo recibo. Se le da comida ó dinero para la marcha. Por lo general, salen los enfermos, por grupos, bajo las órdenes de un *conductor*, que el jefe médico reclamará, si es preciso, de las autoridades militares inmediatas. El conductor llevará una lista con el nombre, cuerpo, etc., de las altas. El jefe médico avisará de antemano á la comandancia de etapa más próxima cuántos enfermos están en vísperas de ser dados de alta.

Enviados á otros hospitales.— Los incurables y los que sufran enfermedades largas, tan pronto como puedan ser trasladados, van á los hospitales de retaguardia. El jefe médico, previa propuesta de los médicos de sala, elige los enfermos que han de trasladarse y da parte de ellos al médico de cuerpo, ó al director del hospital de guerra, los cuales le informan de si es ó no el transporte practicable del punto donde se halla la sección de transportes de enfermos, etc. El jefe médico, así que lo sabe por telégrafo, dice á esta sección cuántos heridos y enfermos necesitan ó no tener cama preparada, y si son ó no leves, ó enajenados, ó padecen enfermedades especiales. Además, indica el número de especies morbosas. La expedición sólo se hará cuando la sección de transporte ó la comandancia de etapa digan que hay seguridad.

El conductor del transporte lleva una relación de los nombres, padres, naturaleza, dinero abonado, estado, religión, diagnóstico, modo de conducción y gravedad de los enfermos. Á los graves, operados, etc., se les da una tarjeta de herido. Si muere alguno en el camino, se confía su cadáver, con el nombre y señas y mediante recibo, á la autoridad militar más cercana, ó de no haberla, á la civil. El conductor da inmediatamente parte de ello al hospital de partida, el cual, con los datos del libro principal de enfermos, da cuenta de la de-

función á la oficina central de informes del Ministerio de la Guerra y al cuerpo á que perteneció el difunto; pero si se hizo cargo del cadáver la comandancia de etapa, ésta es la que da cuenta.

Inútiles.—Si pueden trasladarse, previo parte al jefe médico y con la propuesta correspondiente, van á la comandancia de etapa, la cual los envía al punto de reclutamiento, y sólo, inmediatamente, á su pueblo, en casos excepcionales que no necesiten más tratamiento, y notificándolo al punto del reclutamiento. Facilítense á los repatriados la ropa necesaria para protegerse contra la intemperie.

Muertos.—De los *fallecidos*, el médico de sala dará inmediatamente parte al jefe médico, así como de la causa de la muerte. Éste firma el parte y lo entrega al segundo inspector de hospital de campaña para que lo guarde y anote en el libro principal. El cadáver, aunque sea de un prisionero de guerra, será enterrado con solemnidad, y si es posible, con honores militares, para lo cual se avisará con tiempo la hora del entierro al cuerpo de procedencia ó de guarnición en el lugar. El sitio de la inhumación se anotará en el libro principal. Lo que haya dejado, si puede servir de recuerdo, aunque no tenga valor, se guarda, excepto si es contagioso, que se destruye. Lo restante se vende y el producto se añade á lo que dejó el fallecido.

Cada quince días los hospitales remiten *relaciones de fallecidos* á la intendencia. Ésta dispone que se le envíe lo que dejaron, lo guarda y da cuenta de ello á la representación de la intendencia de la comarca del difunto, si éste era del ejército alemán, ó á las autoridades administrativas del ejército aliado, si el difunto perteneció á él. Las armas, los uniformes, equipos, etc., de los inútiles, desertores, muertos, enviados á otros hospitales, etc., se entregan, mediante recibo, á la comandancia de etapa más inmediata.

APÉNDICE IV

Servicio en los trenes hospitales, trenes hospitales auxiliares y trenes de enfermos.

Trenes hospitales.—En ellos el jefe médico dirige el servicio, como en los hospitales. Las *medicinas* las preparan un médico y un suboficial de sanidad. Cada dos coches tienen un suboficial de sanidad y un enfermero, quienes llevan fijada en la guerrera una cifra de metal—impar el suboficial, par el enfermero—que corresponde al coche donde sirven. Para el coche de oficiales el jefe médico dicta medidas especiales.

Sólo se lleva, en los trenes hospitales, un *libro principal de enfermos*. No se hacen hojas clínicas, ni más documentos que *listas de pérdidas* para la oficina central de informes del ministerio y tarjetas para los heridos que no las tengan aún. Los suboficiales, además, entregan al inspector de hospital *relaciones de los alimentos prescritos*. En general, el personal de servicio figura también en estas relaciones, excepto en los periodos largos de descanso, que recibe víveres del almacén de la inspección de etapa. Las raciones ordenadas para cada enfermo se anotan en tablillas dispuestas en los coches para ello. El *material de iluminación por medio de acetileno*, se utiliza por orden del jefe médico.

Trenes hospitales auxiliares.—Sirve, para ellos, lo dispuesto para los anteriores.

Trenes de enfermos.—El conductor da parte de las novedades que ocurran á los comandantes de las estaciones inmediatas ó á los representantes de los comandantes de etapa. Estas novedades, por lo general, consisten en que un enfermo no puede continuar el viaje. Si fallece, ya se ha dicho lo que se hace. El personal militar que acompaña á los enfermos y los

dos gendarmes de campaña, permanecen en los trenes hasta su disolución. Entonces vuelven á su procedencia. Los abrigos que la sección de transporte de enfermos proporcionó á éstos, los conservan los enfermos hasta su ingreso en el hospital de destino, el cual, previo lavado y desinfección, los devuelve al punto de origen. El conductor, y si éste no vuelve al punto de partida, el hospital que recibe los enfermos, remiten la guía á la sección de transporte de enfermos, y ésta, por conducto de sanidad, la remite á la sección de medicina del ministerio.

APÉNDICE V

Servicio en los hospitales de reserva.

Si tienen funcionarios de administración, se organiza el *servicio administrativo* bajo la inspección del jefe médico, ó de la comisión de hospital. Cuando un hospital de guarnición se cambia en hospital de reserva, el libro principal de enfermos, el de fallecidos, etc., deben empezarse de nuevo, separando en ellos los enfermos del ejército alemán de los del enemigo y de los aliados. Los *haberes* y *sueldos* á los enfermos del ejército, á los prisioneros, etc., se abonan como en los hospitales de campaña. En lo demás, los hospitales de reserva se rigen como en tiempo de paz.

Los enfermos del ejército propio que se curen y queden útiles vuelven á campaña, y si no han quedado lo suficiente fuertes, pasan directamente á la reserva. Los inútiles, también, previa la propuesta correspondiente, tramitada por el consejo de sanidad. El traslado á otros hospitales de reserva, para los fines de la inutilidad, sólo por excepción podrá ordenarse. Los inútiles irán directamente á su pueblo, sólo por excepción también, con el consentimiento de su cuerpo de reserva, y si están más cerca de su pueblo que de éste y no necesitan tratamiento.

A juicio del jefe médico, ó de la comisión de hospital, y por medio del representante del general del cuerpo, los enfermos podrán pasar á los *hospitales de asociaciones* de asistencia voluntaria, y los convalecientes que no necesiten tratamiento, á los *establecimientos privados*; pero no los contagiosos, ni los presuntos inútiles, ni los presuntos simuladores, ni los prisioneros. De los *prisioneros*, cuando están curados, hay que dar cuenta, en cada caso, á las autoridades militares, para que dispongan el destino de los mismos. En las peticiones para ingreso en establecimientos privados, fijar la probable duración de la necesidad de asistencia. El momento de la salida lo indica el cuerpo asignado al convaleciente por el general en jefe. El envío á establecimientos privados que se hallen fuera del distrito del cuerpo, sólo se hará en casos excepcionales.

APÉNDICE VI

Comunicaciones y listas médicas.

A.—SOBRE LOS INDIVIDUOS PERTENECIENTES Á LAS FUERZAS EN CAMPAÑA Y EN GUARNICIÓN.

Relaciones nominales de pérdidas.—Mensuales. En ellas constan las señas (nombre, edad), el cuerpo, el lugar, el día y la causa de la pérdida (muerte, suicidio, herido, enfermo, prisionero, desaparecido, etc.), de todos los individuos, lo mismo del ejército propio que de los aliados y enemigos (prisioneros). Todas las autoridades militares (de cuerpos, fracciones, hospitales, etc.), las envían inmediatamente á la oficina central de informes del ministerio.

Libro de enfermos.—Cada compañía, escuadrón, batería, etcétera, llevará un libro de enfermos, en donde constarán los nombres, altas y bajas de hospital, fallecimientos, lugar del enterramiento, etc., de los enfermos. Estos libros se guardan

sesenta años, por lo menos, en las oficinas de los regimientos, y después, previo permiso del ministerio, se inutilizan.

Relaciones decenales de enfermos.—El médico más antiguo de cada cuerpo las envía cada diez días, á contar del primero de la movilización, al jefe de sanidad de campaña, el cual, reunidas, las remite á la sección médica del ministerio. En las compañías de sanidad, las hace un médico primero ó segundo, y las envía por conducto del jefe médico. En los depósitos sanitarios de etapa, el envío se hace por los médicos de las tropas al director del hospital de guerra. Las tropas de guarnición envían estas relaciones *una vez al mes*. En ellas hay casillas para oficiales, oficiales de sanidad, funcionarios superiores, suboficiales, tropa y funcionarios inferiores.

Tarjetas numéricas de heridos y enfermos.—Las hacen todos los cuerpos, dentro del primer año de movilización, con los datos de los libros de enfermos, hojas clinicas, listas de pérdidas y lo que resulte de las propuestas de inutilidad. Las de los heridos en papel rosa, las de los enfermos en amarillo y las de individuos de otros ejércitos en papel con un borde azul de un centimetro de ancho. En las tarjetas hay casillas para señas, número de la lista de pérdidas, grado, cuerpo, día y lugar de la baja, idem del alta, hospital, número del libro principal de enfermos y resultado (útil, inútil, fallecido, etc.) Al respaldo se resume la historia clinica, si es interesante.

Estas tarjetas las llenan sólo las fuerzas movilizadas. Las de formaciones agregadas á los cuerpos (estado mayor, etc.), las llenan los médicos de éstos. Las de individuos de ejércitos extranjeros tratados en los hospitales del cuerpo de ejército, las hace un médico del consejo de sanidad y son enviadas á la sección médica del ministerio. El respaldo de las tarjetas (observaciones, historia clinica) lo llenan los médicos de las tropas, á quienes facilitan datos los médicos que hayan tratado á los enfermos.

Tarjetas numéricas de pérdidas.—Blancas. Especifican el

dia, la hora y la clase de la pérdida; si fué muerto en el campo de batalla, se hace constar, *subrayándolo*, la forma, el sitio y el arma causante de la herida, con la mayor precisión posible; si murió sin tratamiento en hospital, se indica si fué por accidente, enfermedad, suicidio, y se precisa la forma de la muerte; si desapareció, se apunta su probable situación. Al dorso se anota las observaciones oportunas. Tanto las tarjetas de heridos y enfermos, como las de pérdidas, van firmadas por el oficial de sanidad. Se recomienda que se hagan con exactitud científica y sin borrones.

B.—SOBRE LA ACTIVIDAD DE LAS FORMACIONES DE SANIDAD
DEL EJÉRCITO EN CAMPAÑA.

Los hospitales de campaña, guerra, etapa, lugar y secciones de leves, envían á la de medicina del ministerio *relaciones mensuales* y otras *cada cinco días* á la oficina central de informes. En las mensuales figuran el número de camas, la existencia anterior de enfermos, los entrados, los salidos y la existencia actual por enfermedades principales. En estas relaciones figuran, bien separados por gruesas rayas horizontales, los datos correspondientes á enfermos del ejército propio, de los de los aliados y éstos de los enemigos. La casilla de salidos está subdividida en otras para especificar el número de curados aptos para el servicio, muertos, trasladados y salidos por otros conceptos (inútiles, licenciados, desertores). Al dorso se consigna cuántos puestos ó camas hay en el hospital, cuántos vacantes, cuánto personal para el servicio, cuánto falta, cuánto está enfermo, y por último, en la última página, se diseña un plano del hospital, se indica su situación, condiciones higiénicas y personal de servicio (todo eso en la primera relación mensual que se remite), y se anota las enfermedades transmisibles y los casos clínicos notables, tratamientos especiales, heridos y operaciones.

Las relaciones *de cada cinco días* expresan los nombres, apellidos, cuerpos, compañías, grados, señas, heridas (día, variedad, región del cuerpo, arma causante) y enfermedades de los entrados y salidos, explicando de dónde procedían y á dónde fueron.

Los jefes médicos de los hospitales instalados envían partes á los médicos de división y de cuerpo, al batallón de sanidad y á las comandancias de etapa más próximas, enterándoles del personal que hay en el hospital para servicio de los enfermos, el número de éstos que pueden marchar, el de los que pueden y el de los que no pueden ser transportados, y la cantidad de material sanitario, ropas y utensilio.

C.—SOBRE LA ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES DE RESERVA.

Envían: *relaciones mensuales y tarjetas numéricas* al representante del médico de cuerpo, quien las reúne y remite á la sección médica del ministerio; *relaciones cada cinco días* directamente á la oficina central de informes del ministerio, y, por último, los días 1, 6, 11, 16, 21 y 26 de cada mes *relaciones de las camas ocupadas y disponibles* á las comandancias de línea que se les indique, al representante del general del cuerpo de ejército y á la sección médica del ministerio.

Las comandancias de línea, fundadas en estos datos, participan, cada cinco días, cuántas camas vacantes hay en la demarcación á las secciones de transporte de enfermos que, por conducto del jefe de los ferrocarriles de campaña, designó el de sanidad de la misma. El representante del general da conocimiento al consejo de sanidad y al representante de la intendencia.

En los partes ó relaciones de los hospitales de reserva se incluyen los enfermos asistidos en hospitales de sociedades. De los albergados en establecimientos privados, el comisionado para su inspección formula una relación mensual que

remite al representante del médico de cuerpo. Éste junta todas las de su distrito y las remite á la sección médica del ministerio.

APÉNDICE VII

Caja, libros y contabilidad de las formaciones de sanidad.

A.—CAJA DE LAS FORMACIONES DE SANIDAD DEL EJÉRCITO EN CAMPAÑA.

Las compañías de sanidad, los hospitales de campaña, lugar, guerra, etapa y contagiosos, la sección de transporte de enfermos, el tren hospital y el depósito sanitario de etapa, administran caja propia; la sección del hospital de guerra y la de enfermos leves, no.

La *administración de la caja* está en manos de funcionarios superiores de administración; el que sea, en las formaciones que sólo tienen uno, y los dos más antiguos, en las que tienen varios. Estos funcionarios guardan el dinero y los objetos de valor y llevan la contabilidad, bajo la inspección del jefe médico (en los hospitales), ó del comandante (en las compañías y depósitos de sanidad de etapa), quienes presencian los arqueos mensuales, firman las actas de los mismos, inspeccionan los libros de cuentas, etc.

P. FARRERAS,

Médico primero.

(Continuará).

PRENSA MÉDICA

Benzosalina.—El Dr. Livierato habla favorablemente (*Gazz. degli Osped.*) de la benzosalina, que es una combinación de ácido salicílico y ácido benzoico, que se presenta cristalizada en agujas blancas, casi sin sabor, soluble en el agua caliente, alcohol y cloroformo. De los muchos experimentos hechos por el autor, resulta que este medicamento no es atacado en el estómago y pasa al intestino, donde es desdoblado en sus dos elementos. Tiene las ventajas de los salicilatos, sin ninguno de sus inconvenientes é intolerancias. De ordinario mejora los dolores reumáticos mejor y más pronto que los salicilatos, disminuye la temperatura, favorece la diaforesis y la diuresis, y haciendo bajar la tensión sanguínea, disminuye la frecuencia del pulso y la respiración. La dosis corriente es de 3 á 5 grámos por día.

*
**

Tiodina.—La tiodina ha sido recientemente recomendada (*Deutsche Med. Woch.*, núm. 11, 1908) por el Dr. Zweig en el tratamiento de la tabes dorsal y las parálisis. Se trata de una combinación orgánica de yodo muy tolerable por los tejidos, que según el autor produce una mejoría notable de las sensaciones subjetivas percibidas por los enfermos. Se administra en inyecciones intramusculares, tres por semana, hasta llegar á 20 inyecciones. Se vende en el comercio en ampollas muy bien esterilizadas,

que contienen 2 decigramos de tiodina. Según el autor no se observan nunca síntomas de yodismo ó intolerancia.

*
**

La eustenina.—El Dr. Zagie recomienda (*Med. klin.*, 1908) el uso de la eustenina, que es un preparado compuesto de teobromina y yoduro sódico. El autor hace elogios de los resultados obtenidos con este medicamento en la arterioesclerosis, angina de pecho, nefritis crónica, etc. La dosis usada es de 5 decigramos á un gramo de polvo, que á consecuencia de su sabor amargo lo administra en sellos ó en enemas, disolviendo la eustenina en agua. Este medicamento tiene una acción diurética muy pronta.

*
**

Arsoferina.—La arsoferina, descrita en la *Deutsche Med. Woch.*, 17 de Mayo, es una combinación constante de un preparado orgánico de hierro con el arsénico y el ácido glicerofosfórico. Para administrarlo, principalmente á los niños, se mezcla con el chocolate en forma de pastillas, que son agradables de tomar, pues carecen en absoluto de mal sabor. Cada pastilla contiene un decigramo de arsoferina, que corresponde á 5 diezmiligramos de ácido arsenioso, que viene á ser equivalente á una gota de la solución oficial de Fowler. La arsoferina está indicada en la clorosis, en las distintas anemias,

en las dermatosis de origen hepático, en la convalecencia de las enfermedades, en la malaria, etc. Las dosis en los adultos son de tres pastillas diarias en la primera semana, las que se siguen aumentando hasta llegar á 12 pastillas; y luego se sigue paulatinamente descendiendo hasta descansar un período más ó menos largo, y luego comenzar otra vez.

* * *

Corifina.—La corifina es un medicamento muy recomendado (*Ther. Monat.*, núm. 4) como sustituto del mentol, y derivado del ácido etilglicólico. Es un líquido grasoso sin olor, que posee todas las propiedades del mentol, de gran utilidad en el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias. Además de las buenas propiedades del mentol, tiene sobre éste la ventaja de ejercer una menor acción irritante sobre las mucosas, lo que permite extender el uso de sus aplicaciones á mucosas muy sensibles. El Dr. Saenger, de Magdeburgo, recomienda el uso de la corifina, después de probada en su clínica. Se usa en inhalaciones, poniendo 5 gotas en solución acuosa en el aparato inhalador.

* * *

Tratamiento de las enterorragias.—El Dr. Michaelis recomienda los enemas calientes de gelatina en todos los casos de hemorragia del intestino. En su práctica ha tenido ocasión de observar 11 casos de fiebre tifoidea y 2 más de etiología desconocida, en que el efecto benéfica ha sido patente. En los casos desgraciados, la historia del enfermo y la autopsia han demostrado que los enemas calientes de

esa substancia no han producido la menor perturbación local ni del riñón. Los enemas son preparados con una solución al 5 por 100 de gelatina y á la temperatura de 48 á 50°. La cantidad inyectada de cada vez debe ser de 250 á 500 cc. y repetirse tres veces al día, teniendo cuidado de que la inyección sea hecha con muy poca presión.

(*Ther. Monat.*, 6 Junio 1908).

* * *

Los rayos X como medio de distinguir la muerte aparente de la real.—El Dr. Vaillant ha demostrado (*Progrès Medical*) que los rayos X facilitan el diagnóstico diferencial de la muerte aparente y la real. En el sujeto vivo, sea niño ó adulto, el estómago é intestinos no son visibles por la radiografía á consecuencia de su transparencia y su constante movimiento. Pero tan pronto la vida cesa, los órganos abdominales se hacen perceptibles á consecuencia de su inmovilidad y de la fosforescencia de los gases que contienen, junto con la falta de transparencia de las asas intestinales y su contenido.

* * *

El signo palmo-plantar en la fiebre tifoidea.—El Dr. Giovani (*Rif. Med.*, 20 de Enero de 1903) da cuenta del resultado de sus observaciones referentes á la constancia del signo palmo-plantar en 220 casos de fiebre tifoidea. Este signo consiste en la decoloración amarillenta de las palmas de las manos y las plantas de los pies, más acentuada en los puntos salientes, cuyo tono de color varía desde el de hoja seca de tabaco hasta el amarillo intenso del ácido pícrico. Este tinte de la piel va seguido de descamación al

final de la enfermedad. El autor dice haberle observado 216 veces en los 220 casos. Ordinariamente aparece dentro de la primera semana y antes que el aumento de sensibilidad del bazo y de la erupción de roseola, por lo que puede ser señal de pronto diagnóstico. En las recaídas de la enfermedad, la decoloración amarillenta reaparece. También puede ser de valor pronóstico, pues en los casos graves el calor se extiende de la región palmar á las partes laterales de los dedos. Aunque este signo se puede presentar, según el autor, en la pneumonía y en el reumatismo poliarticular agudo, no se revela en la meningitis tuberculosa ni en la tuberculosis miliar aguda, que pueden confundirse en los primeros días con la fiebre tifoidea. El hecho de que á la vez se disminuye la sensibilidad táctil, inclina á creer que el sistema nervioso juega algún papel en la patogenesis de este curioso cambio de color.

* *

El arsénico en la sífilis.—El Doctor Paul Salmon ha publicado en los *Ann. Inst. Pasteur*, de 25 de Febrero de 1908, un estudio muy completo del tratamiento de la sífilis por el arsénico. En él habla del empleo de diversas preparaciones arsenicales: arseniato de sosa, licor de Fowler, licor de Donoban, el atoxil, etc. De todos ellos el atoxil es el más activo y eficaz. Y como esta afirmación es contradictoria por algunos sifiliógrafos, el autor aporta pruebas experimentales en los animales y pruebas clínicas de curación de sífilomas primarios, secundarios y terciarios.

Después de discutir el modo de

acción de los medicamentos específicos contra la sífilis, de si obran directa ó indirectamente sobre los espiroquetas, se decide por la utilidad de la medicación alternante del arsénico y después el mercurio ó al contrario, y también del tratamiento combinado del arsénico, el mercurio y el yodo.

La toxicidad de los arsenicales es objeto de especial estudio, deduciendo que el atoxil se soporta mal por el hombre, y que no se establece la tolerancia conocida de las preparaciones arsenicales en general. El autor supone que las neuritis tóxicas que sobrevienen con el uso del atoxil son debidas al empleo de dosis elevadas, y recomienda no pasar jamás de 50 centigramos por inyección.

El autor termina por hacer un corto paralelo entre el arsénico y el mercurio, ambos de manejo delicado, aplicado al hombre.

El empleo del arsénico en la cura de la sífilis tal vez se facilite con el descubrimiento de una preparación más manejable y menos tóxica que el atoxil.

* *

El colargol en el tratamiento de la cistitis.—La plata coloidal ha sido usada en el tratamiento de las cistitis por el Dr. Jeanbrau, el cual refiere en el *Montpellier Médical* que en 45 enfermos afectos de este mal á causa de blenorragias, prostatitis, cálculos, infecciones por cateterismo, etc., ha obtenido resultados iguales á los que se alcanzan con el nitrato de plata, puesto que desde la primera inyección se atenúan los dolores, se hacen menos frecuentes las micciones, se aclaran las orinas, y al cabo de corto

tiempo, aplicándose de 2 á 4 inyecciones diarias, desaparece la cistitis.

La mayor ventaja que tiene este preparado sobre el nitrato de plata consiste en que no provoca en absoluto dolor alguno. Conocidos son los sufrimientos á que da lugar el nitrato de plata, aun cuando se practiquen instilaciones con soluciones muy poco concentradas. Por el contrario, el colargol se inyecta sin que los enfermos experimenten la menor molestia, y aun las mujeres, en general más sensibles, no acusan con este tratamiento impresión desagradable. Otra ventaja, que pudiéramos llamar extra-científica, posee el medicamento en cuestión, cual es no quemar las ropas, pues las manchas que produce desaparecen con el lavado corriente, detalle que no deja de tener importancia práctica en los hospitales y cuando se trata de enfermos pobres.

El Dr. Tavel, de Berna, recomienda la siguiente técnica:

Después de vaciada la vejiga por el sondaje, se inyectan 10 á 12 cc. de colargol, á 1 por 100 el primer día y á 2 por 100 el segundo y siguientes. Se puede llegar hasta el 5 por 100, pero rara vez hay necesidad de pasar del 3 por 100. En los niños emplea el Dr. Tavel la dosis de 1 por 100 y no inyecta más de 5 cc.

El único inconveniente que tiene el medicamento expuesto, comparado con el nitrato de plata, es su elevado precio.

Tratamiento de las quemaduras por la levadura de cerveza.—Este tratamiento, preconizado por el

Dr. Plantier, se instituye ateniéndose á las indicaciones siguientes: Cualquiera que sea el grado de la quemadura, se procede á una minuciosa desinfección previa y se aplican sobre la parte lesionada bandas de gasa esterilizada plegadas en muchos dobleces, las cuales se han impregnado antes en una solución en agua tibia de levadura de cerveza, de manera que queden recubiertas de una capa de algún espesor. Las tiras de gasa se colocan paralela y no perpendicularmente al eje del miembro quemado. Para evitar presiones, siempre dolorosas, no se efectúa compresión con vueltas de venda, sino la indispensable para sostener la gasa, pues de otro modo la retracción debida á la desecación ulterior sería también muy molesta para el paciente. El apósito queda colocado en pocos momentos, y determina inmediatamente una sedación de los intensísimos dolores que se presentan en ciertos casos. El bienestar que los substituye es á veces tan rápido y completo, que se diría que se ha puesto al enfermo una inyección de morfina á alta dosis.

Siguiendo la misma técnica se renueva el apósito hasta la curación, con intervalos variables de uno, dos ó tres días, atendiendo á la desecación de la gasa, á las arrugas que haya formado y que puedan molestar, á la nueva aparición de dolores, á la necesidad de vaciar las fletenas, etc., etc.

Con este procedimiento no se presenta supuración, ni aparece el olor fétido peculiar de estas lesiones, ni quedan cicatrices deformes, no esfacelándose más que las partes completamente carbonizadas. La quemadura se transforma en

una úlcera aséptica y se cura en pocos días.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*).

* *

Tratamiento de las sífilides por las inyecciones mercuriales locales.—En los *Annales de dermatologie* publica M. Hamel el resultado de sus experiencias sobre la acción local de las inyecciones mercuriales solubles de débil concentración en la cura de las sífilides. No se trata de substituir á la medicación general con la hidrargírica local, sino de utilizar ésta como coadyuvante en las sífilides secundarias ó terciarias circunscriptas, especialmente en las ulcerosas, ó cuando el tratamiento general resulta intolerable para los enfermos.

Después de varios ensayos, monsieur Hamel ha adoptado las soluciones isotónicas de cianuro de

mercurio al $\frac{1}{2000}$, hechas indoloras por la estovaina al $\frac{1}{200}$. Se sirve de una aguja muy fina de las usadas para inyecciones intravenosas. Penetra con ella oblicuamente á fin de atacar las capas celulares profundas de las pápulas ó de los tubérculos y después hace lentamente la inyección, empleando cantidad de líquido suficiente para producir una infiltración notable. Para tratar una ulceración es preferible introducir la aguja en la úlcera misma, con la cual la punción resulta absolutamente indolora. Si la lesión fuese extensa, hay que poner muchas inyecciones en diversos puntos de la úlcera.

Procediendo con las precauciones de asepsia habituales y empleando la solución isotónica de cianuro estovainizado, no se corre riesgo alguno con este nuevo procedimiento, obteniéndose además la ventaja de no provocar dolor de ningún género.

SECCIÓN OFICIAL

- 11 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 155) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Miguel Iborra Gadea ingrese en servicio activo, quedando de reemplazo hasta que le corresponda colocación.
- 13 Idem *íd.* (*D. O.* núm. 155) disponiendo que los Oficiales que á continuación se expresan pasen á servir los destinos que se les señalan:

Farmacéuticos primeros: D. Jenaro Peña Guerau, á la farmacia militar de Leganés; D. Joaquín Casassas Subi-

- rachs, excedente, en comisión en plaza de segundo á la farmacia de Madrid número 2; D. Miguel Iborra Gadea, de reemplazo forzoso, al hospital de Alicante en plaza de segundo, y D. Felipe Sánchez Tutor, á excedente y en comisión á eventualidades para las farmacias de Madrid.
- 13 Julio.—Real orden circular (*D. O.* núm. 156) concediendo derecho á hospitalidad militar al patrón de las embarcaciones dedicadas á transportes militares entre la plaza de Mahón y la fortaleza de Isabel II. .
- 15 » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 158) declarando derecho á pensión á la viuda del Médico mayor D. Manuel Martín Costea.
- 18 » Real orden circular (*D. O.* núm. 161) dictando reglas relativas á gratificación de equipo de montura.
- 23 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 164) disponiendo que los Oficiales que se expresan pasen á servir los destinos que se les señalan:
Médicos primeros: D. Antonio Martínez de Carvajal y Camino, al primer batallón de Vizcaya; D. Juan Serrano y Terrada, al primer batallón de Asia; D. Emilio Martínez y Oppelt, al segundo batallón de la Princesa, en plaza de Médico segundo; D. Pascual Morales Sicluna, al primer batallón del Serrallo, y D. Baltasar Tomé Ortiz, al primer batallón de Menorca.
- » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 164) disponiendo que los Jefes que á continuación se relacionan pasen á servir los destinos que se expresan:
Farmacéuticos mayores: D. Felipe Cabrera Alonso, al laboratorio sucursal de Málaga; D. Luis Izquierdo y Rodríguez Espiera, á la farmacia de Madrid número 4; don Andrés Carpi Torres, á excedente y en comisión á la Junta facultativa del Cuerpo, y D. Antonio Roa García, al hospital de Melilla.

Con este número repartimos un prospecto del preparado PROTARGOL, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Barcelona.