

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 1.º de Septiembre de 1912.

Núm. 17.

SUMARIO

La IX Conferencia Internacional de la Cruz Roja en Washington, por J. Potous.—*Paraplejía consecutiva á herida por arma de fuego, curada por craniectomía*, por Francisco Luque.—*Casuística*, por el Dr. D. Juan León Taboada.—*Necrología*: D. Amancio Calvillo y Quijano.—*Variaciones*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Epidemiología y patogenia del cólera.—El pneumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar y en la bronquiectasia.—Tratamiento de las heridas tóraco-abdominales.—La vacunoterapia en Urología.—*Prensa militar profesional*: Apéndice al Reglamento sanitario de campaña del Ejército austro-húngaro.—Examen de los reclutas como portadores de bacilos tíficos en Alemania.—Débiles mentales y degenerados en el Ejército.—Creación y sostenimiento de una juventud apta para el servicio de las armas.—El personal de los Hospitales militares en el Ejército búlgaro.—Oído y servicio de natación entre militares.—*Bibliografía*: Valor psico-social de la vida militar en España: Conferencia leída en el Ateneo de Madrid, por D. Santos Rubiano.—La alienación mental en el Ejército español, por el mismo autor.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Septiembre de 1912.

LA IX CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA EN WASHINGTON

A la amabilidad del Ilmo. Sr. D. Juan P. Criado y Domínguez, Secretario general de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja española, debemos un ejemplar del *Bulletin International des Sociétés de la Croix Rouge*, editado en Ginebra, que comprende una relación sumaria de los actos de dicha Conferencia, que tuvo lugar en la capital de los Estados Unidos de América, durante el pasado mes de Mayo; y como quiera que, por su institución y sus medios, la Cruz Roja se halla íntimamente relacionada con la Sanidad Militar, nos ha parecido que no estará fuera de lugar el dedicar á este asunto algo más que una simple nota bibliográfica, por lo que nos decidimos á hacer su traducción extractada.

La importante participación tomada en el Concurso por los Médicos militares de otros países justificaría también nuestro intento.

En la Conferencia han estado representados 25 Comités nacionales y 25 Gobiernos, de Europa, América y Japón, figurando por primera vez China y Siam, representadas por personal occidental médico (1). Entre los representantes de cada país y comité figuraban muchas señoras, cuya importancia dentro de la Cruz Roja va siendo cada día mayor. Casi todos los representantes pertenecían á la profesión médica y muchos de ellos á los Cuerpos de Sanidad Militar del Ejército ó Armada de sus respectivos países: la de España fué confiada á nuestro Ministro plenipotenciario, D. Juan Riaño, persona dignísima en todos conceptos y altamente reputada entre las de su carrera, pero que ha sido la única ajena á la Medicina ó á la Institución que ha figurado entre los jurados. Nuestros Ministerios de la Guerra y de Marina, por circunstancias seguramente atendibles, no nombraron representantes para la Conferencia, á pesar de que lo hicieron muchas de las naciones de tercer orden de Europa y América.

Aparte de la Cruz Roja propiamente dicha, tomaron parte en la Conferencia, por invitación especial, las asociaciones filiales ó similares que existen en Inglaterra, Alemania y Austria-Hungría, con los nombres históricos de Caballeros Hospitalarios, de Malta y Teutónicos: de Francia acudieron también la Asociación de damas y la de mujeres francesas, cuyas tendencias, opuestas en cierto modo, se explican por sus denominaciones respectivas.

Merece notarse que los países del Extremo Oriente, siguiendo el ejemplo del Japón, han adoptado el símbolo de la cruz, haciendo la salvedad de que no le dan significación religiosa, al paso que Turquía y otros países mahometanos la han sustituido por la media luna.

El Presidente y el Gobierno norteamericano han tenido toda clase de atenciones y obsequios para los congresistas, que han quedado muy agradecidos á su hospitalidad, siendo el principal de ellos el haber puesto á su disposición el magnífico palacio panamericano, recientemente construido. Su organización interior no ha dejado tampoco nada que desear.

Durante la Conferencia, se ha recibido una donación de 100.000 *yen*, hecha por la Emperatriz reinante, entonces, del Japón, cuya suma se ha constituido un fondo nuevo, análogo á los ya exis-

(1) Facultativos europeos y americanos.

tentes, donados por la Emperatriz Augusta de Alemania y por la Emperatriz viuda de Rusia, María Feodorovna. El Japón ha querido ponerse á la altura de ambos Imperios europeos.

La Conferencia puede decirse que ha tenido tres partes distintas, todas interesantes: la Conferencia ó Congreso, propiamente dichos, donde se ha dado cuenta de los trabajos y proposiciones; la adjudicación de premios del concurso instituido por la Emperatriz María de Rusia y la Exposición que organizó la Cruz Roja americana; de cada una de ellas nos ocuparemos por separado.

Además, entre los muchos actos que tuvieron lugar en obsequio de los conferenciantes, figuró uno que tuvo interés particular, y que consistió en ejercicios de salvamento y de auxilio, practicados por secciones de varios Cuerpos, á saber: Compañía sanitaria del Ejército federal, Sección de Agentes de policía, destacamento de camilleros, otro de mineros, otro de enfermeras, los tres pertenecientes á la Asociación, y uno de *boy scouts*, ó jóvenes exploradores voluntarios. Todos ellos recibieron premios, adjudicados por el Comité internacional. Ellos, en cambio, ofrecieron una espada de honor al Mayor Ch. Synch, su organizador é instructor.

Fué tambien practicado un ejercicio de habilitar un vapor como hospital flotante, y de colocar en él los heridos y enfermos, una vez instalado.

I

En las sesiones de la Conferencia se leyeron y discutieron gran número de comunicaciones y de proposiciones, que procuraremos agrupar, para dar una idea, aunque sea ligera, en los puntos tratados.

El más fundamental, á nuestro juicio, es de la organización y servicio de la Cruz Roja en la guerra, de manera que llene su misión, acoplándose á la Sanidad Militar y completándola en lo que sea preciso ó útil. Sobre este particular presentaron informes los delegados de Austria, Estados Unidos y Suiza, todos tres Médicos militares, y quedó convenido que la organización más conveniente para cada país depende de la fuerza y de los recursos con que cuentan en cada uno la Sanidad Militar y la misma Cruz Roja, y por lo tanto, no es posible dar reglas generales. El delegado de Hungría presentó un escrito acerca del material más apropiado

para el servicio de guerra de la Cruz Roja, pero en el Boletín no se explica cuál sea.

Se trató también de la forma y medidas que deben adoptarse para el envío á los Ejércitos Beligerantes, de los organismos de la Cruz Roja, procedentes de naciones neutrales. Un delegado norteamericano propuso que esto se hiciese extensivo al caso de guerras civiles, insurrecciones, revoluciones ú otras discordias intestinas; pero ante la oposición enérgica y decidida al delegado ruso, secundado por algunos otros europeos, el asunto quedó sin resolver y casi sin discutir.

Un delegado inglés propuso que los servicios de la Cruz Roja se limitasen exclusivamente á auxiliar á los militares en tiempo de guerra, absteniéndose de toda intervención con la población civil, y aun con los militares durante la paz. Los alemanes, y especialmente los bávaros, fueron terminantemente de la opinión contraria, pues estimaban que la institución debía ser capaz de prestar su auxilio en toda clase de accidentes y desgracias, á militares y civiles, en paz ó en guerra. El Congreso, con muy buen acuerdo, á nuestro juicio, estimó que la mejor garantía para la eficacia del servicio de guerra, es el practicarlo durante la paz en los casos similares. Apoyando esta misma opinión, un delegado norteamericano explicó la organización de los primeros socorros existentes ya en su país, mantenida por la Cruz Roja.

Los delegados franceses explicaron la existencia de fundaciones destinadas á acoger á los Oficiales y soldados que regresen á Europa, y necesitan un período de descanso y convalecencia, y de los destinados á los licenciados, absolutos ó temporales, por enfermedad, al Ejército europeo, instituciones creadas y sostenidas por las asociaciones femeninas mencionadas.

También se trató de extender la acción del Instituto internacional á los prisioneros, y á facilitar su socorro y el de los heridos, así como las relaciones con sus familias, como ya empezó á practicarse durante la guerra ruso-japonesa.

Una de las cuestiones tratadas con mayor detenimiento, y realmente lo merece, es la de introducir las mujeres en el servicio sanitario como enfermeras ó *nurses* y para el trabajo que puede calificarse de doméstico ó mecánico, inclinándose á la afirmativa, mediante una buena reglamentación de su servicio y enseñanza. También se habló de la instrucción que deben recibir los emplea-

dos de ferrocarriles, para el mejor orden y servicio de los trenes sanitarios.

Respecto á la ayuda á los militares en tiempo de paz, parece que el criterio general se inclina á la afirmativa, prestando los servicios de la asociación fuera de los cuarteles y de los actos del servicio, especialmente para prevenir la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades contagiosas más ó menos evitables, y facilitar la curación y su convalecencia.

También se trató extensamente de la protección, directa ó indirecta, que debe pedirse á los Gobiernos para fomentar la institución, y de la manera de evitar los abusos de la insignia y del nombre de la Cruz Roja, que, por lo visto, son frecuentes en todas partes, siendo desechada la proposición de un delegado sudamericano para que al personal de ésta se diesen grados militares, en concepto de reserva.

Una de las comunicaciones, según el Boletín, se refería á «un procedimiento muy ingenioso de fijación para inmovilizar los gérmenes de infección alrededor de las heridas y sujetar sólidamente los objetos que constituyen la cura», pero sin dar ninguna explicación sobre dicho procedimiento.

Por su singularidad, registraremos la proposición hecha por un delegado, para que, al aplicar el convenio de Ginebra, los perros sanitarios sean considerados como personal y no como material, como hasta ahora se ha hecho, según parece.

Entre las comunicaciones hechas á la conferencia, no ha habido ninguna de personalidad española; al menos, no aparece en el Boletín.

Los delegados de cada país dieron cuenta del estado de la asociación en el suyo; por España lo hizo el Sr. Urcullu.

J. POROUS

(Concluirá.)

NOTAS CLÍNICAS DE LA CAMPAÑA DE MELILLA

PARAPLEJIA CONSECUTIVA Á HERIDA POR ARMA DE FUEGO
CURADA POR CRANIECTOMÍA

Se retiraba el Batallón de Cazadores de Segorbe hacia el campamento de Yadumen, el día 13 de Mayo último, cuando el soldado Sebastián Fernández Mesa sintió un golpe en la cabeza, y al mismo tiempo que se le caía el fusil de las manos, se le doblaron las piernas y cayó hacia atrás; le practicaron la primera cura, que consistió en la aplicación de tintura de yodo en los orificios de entrada y salida, y en la colocación de un apósito oclusivo; en el convoy de heridos del siguiente día fué llevado al avanzamiento, y de allí al Hospital Döker, en el tren-hospital, ingresando en la sala cuarta del mismo, á cargo del Médico mayor D. Santiago Iglesias Gago, el día 14 de Mayo, á las nueve de la noche; se le rectificó la cura, viendo que las heridas estaban en buen estado, rasurando sus alrededores; se hizo al siguiente día la exploración completa y detenida del herido y de las heridas. Empezaremos por éstas, observando un orificio pequeño y bien cortado por delante de la eminencia parietal del lado izquierdo; este orificio es, sin duda alguna, el de entrada; el otro orificio es mucho más interesante; se halla situado sobre la eminencia parietal del lado derecho; es irregular, estrellado, y por él asoma substancia gris y susbtancia blanca destrozada, empleando una expresión más gráfica, papilla cerebral. Como se ve, el trayecto que ha recorrido el proyectil es horizontal, y ligeramente oblicuo de izquierda á derecha y de delante á atrás, en una extensión de unos seis centímetros. El trayecto es relativamente corto, pero fijémonos en que ha pasado por el sitio en que la calota craneana ofrece mayor curvatura, y, por tanto, ha tenido que lesionar más profundamente el encéfalo que si la misma herida, con igual longitud de trayecto, hubiera sido producida en cualquier otro punto de la cubierta craneal.

Se hubiera podido en este caso reconstituir el trayecto seguido por el proyectil, haciendo aplicación de la topografía cráneo-cere-

bral; pero los trastornos á distancia que voy á describir á continuación nos permiten apreciar más exactamente los destrozos causados.

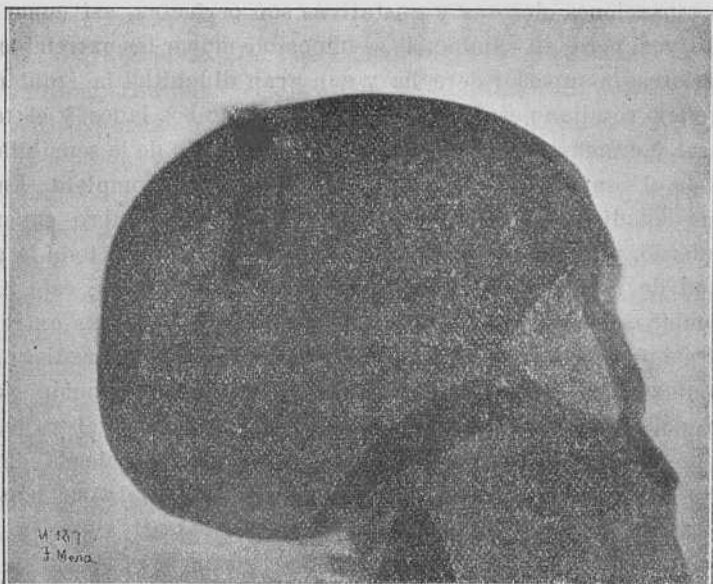
Mesa es un muchacho animoso, y su inteligencia continúa íntegra, tanto que ante nosotros luce ciertas habilidades que posee, como, por ejemplo, imitar á la perfección al gato, á un chico pequeño, etc., etc. Ve perfectamente, el reflejo pupilar subsiste; sus sensaciones olorosas y gustativas son perfectas, así como las auditivas; pero, en cambio, le es imposible mover las extremidades inferiores, la superior derecha y con gran dificultad la izquierda; el reflejo rotuliano está algo exagerado en ambos lados, y el talocrural y cremasteriano normales; la exploración de la sensibilidad nos da el convencimiento de su normalidad más completa. En la tarde del día 15, mueve ya perfectamente el miembro superior izquierdo, y empieza á mover el derecho, que alcanza toda la amplitud de movimientos voluntarios tres días después; esto hace concebir esperanzas de que puedan llegar á moverse las extremidades inferiores, pero no ocurre así. Observemos la radiografía obtenida, aquí adjunta, y lo primero que llama la atención es la presencia de un trozo de proyectil que ha quedado en el trayecto, y que está situado en el vértex y un poco á la izquierda de la línea sagital, según demuestra la radiografía tomada en sentido frontal, que no acompaño por ser menos demostrativa que la publicada; también se ve que dicho trozo queda por debajo de la pared ósea, y que hay destrucción de ésta, tanto de la lámina externa como de la vítrea.

Con estos datos se demuestra que el tejido nervioso del sitio que ocupa el trozo de proyectil es perdido, puesto que el tejido nervioso no se regenera, y como la parálisis de los miembros superiores ha cedido bien, claro está que no es el trozo de proyectil la única causa de los trastornos ya descritos.

Recordemos la constitución de la región rolándica ó región motriz, formada en su mayor parte por las dos circunvoluciones frontal y parietal ascendentes; además, esta región debe comprender, tanto para el cirujano como para el fisiólogo, hacia delante los pies de las tres primeras frontales, y hacia detrás la extremidad anterior de las dos parietales superior é inferior. Queda, pues, una región bastante bien limitada, dibujada en su centro por la cisura de Rolando; la limita por abajo la cisura de Silvio, por

arriba el borde superior del hemisferio, y sólo sus límites anterior ó frontal y posterior ó parietal son defectuosos, anatómicamente hablando.

Señalemos ahora los diversos fascículos de fibras de proyección y de asociación que pertenecen á esta región; el fascículo aferente emana del fascículo sensitivo de la cápsula interna, cuyas fibras



anteriores conservan su dirección vertical y abocan á las circunvoluciones fronto-parietales, entremezclándose con las fibras del fascículo piramidal; el fascículo piramidal ó fascículo eferente, emana de los dos tercios superiores de las dos circunvoluciones frontal y parietal ascendentes, dirigiéndose hacia dentro y abajo para ganar la cápsula interna á la cual abocan igualmente los otros dos fascículos eferentes: el fascículo llamado de la afasia, que del pie de la tercera frontal gana casi horizontalmente la cápsula interna, y el fascículo geniculado que, emanando del pie de la frontal ascendente, sigue el mismo trayecto un poco por detrás del precedente. Las fibras de asociación cortas reúnen las circunvoluciones adyacentes, siguiendo una dirección perpendicular al eje mayor de la región; las fibras de asociación

largas emanan del borde superior del hemisferio y de su cara externa; pasan por entre las fibras del cuerpo caloso y las fibras de la corona radiante para ganar el fascículo occipito-frontal; éste, situado por dentro del sistema de proyección, constituye un largo fascículo que une el lóbulo temporo-occipital al lóbulo frontal, á la convexidad del hemisferio y á la ínsula; y por último, en la región se encuentran todavía fibras comisurales, radiaciones del cuerpo caloso, las cuales, emanadas de todo el lóbulo parietal, se dirigen hacia dentro, entremezclándose á las fibras de asociación y de proyección para ganar el cuerpo caloso, y sirven para asegurar las conexiones de las regiones simétricas ó asimétricas de los dos hemisferios cerebrales.

Las excitaciones que proceden del exterior dan lugar á la formación de imágenes localizadas en los centros anatómicos más ó menos bien limitados, considerados como centros de ideación motriz, es decir, centros de imágenes motrices percibidos por la conciencia; los centros de la región rolándica dirigen los movimientos voluntarios, y esto justifica el calificativo de psico-motores con que se les denomina.

La experimentación en el mono y la clínica en el hombre, han permitido descomponer la región rolándica en un cierto número de subregiones, que se pueden considerar como sitio de abocamiento de las vías centrípetas emanadas de un segmento de los miembros, del tronco ó de la cabeza, y el punto de partida de las vías centrifugas en relación con la motilidad de las mismas partes; estas subregiones están distribuídas en la forma siguiente:

1.º Los centros de los miembros inferiores están escalonados de delante á atrás: el más anterior corresponde al segmento más alto, y así sucesivamente como si el miembro inferior estuviese acostado á lo largo del hemisferio.

2.º Los centros del miembro superior están superpuestos por debajo del precedente como si el miembro estuviese colgando á lo largo de la cisura de Rolando.

3.º El centro de los movimientos del tronco está situado en la cara interna.

4.º El centro de los movimientos de la cabeza, por delante de la zona motriz propiamente dicha, en el pie de la primera frontal.

5.º Los centros de la cara escalonados de arriba á bajo, y correspondiendo, sucesivamente, á los párpados y á la boca.

6.º El centro de los movimientos de los ojos por delante de la frontal ascendente en su parte inferior, y

7.º Los centros de la laringe, faringe y masticación todos juntos, en la extremidad inferior de la frontal ascendente.

Como se ve, la disposición de estos centros en la región rolándica es como si un hombre que cupiese dentro de ella le hubiésemos colocado invertido: sus regiones se corresponderían con sus respectivos centros.

La fisiología patológica de la región es, pues, sencillísima de explicar, pues siendo las lesiones pequeñas, la sintomatología á distancia corresponderá exactamente al punto lesionado, y bien demostrativo es el célebre caso de Knapp (1) que tiene el valor de una experiencia sobre el hombre.

En nuestro caso, no despreciable por cierto, como sujeto de enseñanza, se puede ya perfectamente localizar la lesión en *la región rolándica superior* de ambos lados, pues á ella corresponde la paraplejía. Ahora bien; como hubo parálisis de los miembros superiores que desapareció rápidamente, ¿á qué se debe esta curación espontánea y el que no ceda la paraplejía en las extremidades inferiores? Indudablemente, á que estos trastornos están producidos por *compresión*, que ha cedido en los centros correspondientes á las extremidades superiores y no en el de las inferiores. Tiene, pues, este diagnóstico de causa, importancia capitalísima, pues de él depende la terapéutica que se ha de llevar á cabo. Ya he hecho notar antes que el trozo de proyectil, como se ve, puntia-gudo, tiene que haber producido necesariamente la destrucción de una porción más ó menos grande de substancia nerviosa, pero que no es ésta la *única* causa de los trastornos á distancia, puesto que han cedido en parte; así es que, esto descartado, hemos de pensar como antes he apuntado en la compresión de la zona motriz. ¿Coágulos? ¿esquirlas? ¿Qué más no da, si, sea lo que sea, hemos de ir en su busca y proceder á su extracción, y acatar una vez más el tan viejo como sabio aforismo?

Previa consulta de todos los Sres. Jefes de Clínica, se acordó por unanimidad intervenir. Esta intervención se llevó á cabo el día 25 de Mayo, por el Dr. Iglesias, admirablemente secundado por

(1) Knapp: *A contribution from brain surgery to the study of the localisation of the sensory centres in the cerebral cortex.* Boston, 1895.

los Dres. Quintana y Camón, y la anestesia clorofórmica corrió á cargo de mi compañero Enrique Monereo; esta operación fué coronada por el más completo éxito, y á grandes rasgos voy á apuntar en lo que consistió.

Creo inútil decir, que se exageraron las precauciones de asepsia (si es que en asepsia cabe exageración) en lo concerniente á la sala de operaciones y material á emplear; la cabeza, perfectamente rasurada en su totalidad, fué lavada con agua y jabón la víspera de la intervención y en el momento de ella, y después lavada con alcohol, con solución de sublimado al 1 por 1.000, aplicación de tintura de iodo y lavado con éter. Se practicó una incisión crucial en el vértex, de unos seis centímetros cada brazo, con el fin de caer sobre todo el trayecto recorrido por el proyectil; se disecaron los cuatro colgajos resultantes y se procedió á la aplicación de una fresa junto al orificio de entrada, otra sobre el lado izquierdo de la sutura sagital, y lo suficientemente distanciada de ella para no herir el seno, y otra por dentro del orificio de salida, poniendo los tres orificios en comunicaci6n, mediante el escoplo y la gubia perforante; una vez hecho esto, se procedió á la extracci6n de numerosas esquirlas de la tabla interna, que eran las que, sin duda alguna, producían la compresi6n en zona de Rolando, é igualmente y con gran cuidado se extrajo el trozo del proyectil; al levantar una de las esquirlas en la línea media, se pudo apreciar la existencia de coágulos sanguíneos, que se quitaron cuidadosamente, á pesar de lo cual, no pudo evitarse una pequeña hemorragia del seno longitudinal por una diminuta herida de su pared, que sin duda se hallaba ocluída por los coágulos allí existentes, y que al quitarlos se reprodujo; la compresi6n es suficiente para cohibirla; para extraer algunas esquirlas es necesario agrandar el canal ya hecho, con la pinza-gubia, y así se consigue dejar el foco completamente limpio de todo cuerpo extraño; se lava la herida con suero fisiológico templado, y se procede á la sutura, que se hace entrecortada y sin desagüe alguno; vuelve á ponerse iodo en la herida operatoria y sus alrededores, y se aplica el apósito de gasa aséptica, una gruesa capa de algodón hidrófilo, y para contenerle, una capelina de Hipócrates.

El período post-operatorio transcurre sin accidente alguno, y los puntos se quitan á los ocho días. Dos días después de la operación, el muchacho puede hacer algunos movimientos de las piernas,

ayudándose con los brazos, y progresivamente va moviéndolos más y adelantando tanto, que á los veinte días de la operación se levanta y anda apoyado en los hombros de dos enfermeros, después de uno solo y en la actualidad anda solo, apoyándose en un bastón; ha sido preciso darle algunas lecciones respecto á la manera como ha de andar, y, en una palabra, proceder á la reeducación motriz, pues el muchacho andaba como un niño, y gracias á esta enseñanza, va adquiriendo una manera de andar que ya va muy cerca de la normalidad.

En resumen: el resultado de esta operación ha sido la curación de Mesa, y el caso se presta á reflexiones, puesto que de no haber intervenido, hubiera quedado reducido á pasar el resto de su vida sentado ó acostado; esto descontando las probabilidades de desarrollo de una meningo-encefalitis difusa ó de un absceso cerebral, dada la cantidad de cuerpos extraños existentes (trozo de proyectil, esquirlas) y su proximidad al cuero cabelludo y orificios de entrada y salida, puertas de entrada á toda clase de microorganismos; y ya sabemos con cuánta frecuencia se larva un absceso del cerebro, y cuando hace explosión y denota su presencia, ya somos inútiles para atajar sus desastrosos efectos. De otra parte, es preciso también hacer notar la gran importancia que tiene el diagnóstico y localización de la lesión, puesto que así podemos en los casos de intervención ir directamente sobre el territorio lesionado, con la seguridad de encontrar allí la causa y poder suprimirla, y por ende cesen sus efectos, como así ha ocurrido en este caso.

También debo manifestar la parte de éxito que corresponde á la radiografía, pues nos proporciona datos que, de otro modo, nos sería imposible recoger; y aquí donde hemos visto un orificio de entrada y otro de salida, nadie, sin conocer el resultado de la exploración radiográfica, podría suponer la existencia de un trozo del mismo proyectil y poder con este dato hacer más filigranas en el diagnóstico; de donde se deduce la necesidad inexcusable de radiografiar procoz y sistemáticamente á todos los heridos, como se hace con excelentes resultados en este Hospital.

FRANCISCO LUQUE,

Médico segundo.

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.

CASUÍSTICA

Por el Médico primero DR. D. JUAN LEÓN TABOADA

Señores: Al exponer el caso presente, no me propongo otra cosa más que llamar la atención de los Médicos en general, para poner de relieve la importancia que en la Medicina en general, y en particular en la Cirugía, tiene, que el práctico verifique por sí ó ante sí la curación de ciertos y determinados procesos, que al parecer no les damos importancia por juzgarlos de escaso valor clínico, hasta el punto de que, lejos de ejecutarlos el cirujano ó por lo menos inspeccionarlos con el interés real que tienen, los consideramos de tan escaso valor y se les presta tan poca atención, que por confiarlos á personas poco peritas, pueden simples detalles elevarse á la categoría de causas de evidente importancia, unas de enfermedades y otras de complementos en la serie de concausas que dan origen á un proceso ó episodio patológico, haciendo difíciles más adelante la resolución de ciertas dolencias, ya obscureciendo el diagnóstico y nublando el horizonte ante casos al parecer nimios y de fácil resolución, contribuyendo á surgir la duda, pero cuyo resultado final es dejar malparada la Medicina ó la Cirugía y, por ende, sus representantes, siendo la causa, el ceder el cirujano, unas veces por consideración excesiva, otras por transigencia y las más repito, por restarles valor á ciertos detalles que realmente lo tienen.

En apoyo de cuanto llevo expuesto, presento el siguiente caso, que si bien puede ser motivo de ciertas conclusiones útiles como clínicas, nos avisa que en la práctica clínica en general y en Cirugía en particular, hay que sacrificarse presenciando por nosotros la marcha de ciertos procesos y su diaria curación, á fin de evitar hechos que pongan en riesgo el crédito profesional.

V. P., hombre de treinta y seis años, de profesión militar en activo, de temperamento nervioso, natural de la Habana, manifestó

haber pasado las enfermedades propias de la infancia. Vive su padre, habiendo fallecido la madre de afección neuropática. Adoptada la carrera de las armas, se casa y marcha destinado á Cuba, á petición propia, donde pasa algunos años disfrutando de buena salud, haciendo con posterioridad toda la campaña última sin haber padecido afección alguna más que paludismo, que le duró dos meses, pero que no le obligó á darse de baja ni menos causar hospitalidad. Regresa de Cuba, y sigue prestando servicio en la Península—Zaragoza,—donde sufrió una bronquitis gripal que le duró quince días, y de la que no quedó ya bien. Desde entonces, empezó á enflaquecer y perder en peso, pasando la bronquitis al estado crónico, á pesar de muchos cuidados. Más tarde, y á pesar de todo, empieza á acusar toda la sintomatología de una tuberculosis pulmonar doble, de marcha decididamente invasora, pero de forma lenta, al extremo de no dejar el servicio sino en uso de licencia por enfermo; luego de cuya licencia, y algún tanto mejorado, volvió al servicio activo por permitirlo su destino, durando este estado seis años, durante los que la tuberculosis médica cedió su paso á la quirúrgica, comenzando á padecer artritis tuberculosas en las articulaciones de los dedos de las manos, de las que curó; luego en las condroesternales, de las que previo tratamiento, se alivió: más tarde en la boca, iniciándose en forma de osteoperiostitis alveolar; luego en el testículo derecho, en forma de orquiepididimitis supurada, á pesar del gran interés que se desplegó en las curas que se le hicieron, siendo operado por un distinguido médico civil, en el mes de Abril de 1905, dando salida al pus, y tratándolo por lavados antisépticos de agua sublimada y drenaje con tubo de goma.

Que estas curas se las hacía el mismo médico al principio, si bien con posterioridad el enfermo las realizaba algunas veces, por consideración ó transigencia del cirujano que le asistía, á quien el enfermo lo solicitó y de quién obtuvo autorización, terminando por cerrarse aquella abertura testicular, al parecer relativamente pronto, quedando tan sólo en el sitio citado, un filiforme trayecto fistuloso, por donde con dificultad fluía un escaso líquido seropurulento que se le hizo permanente, dando lugar esta prolongada supuración á empeorar su estado general, al extremo de agravarse, viéndose precisado á reclamar la asistencia de médicos distinguidos de Zaragoza, quienes, luego de considerarlo como tuberculoso, le acon-

sejaron salir de aquella población prescribiéndole climas templados. El sujeto pidió entonces para esta Región, siendo destinado á Villafranca del Panadés.

En Octubre de 1907 fuí llamado para prestarle asistencia, encontrándome un sujeto tan sumamente demacrado, que en consulta lo mandamos sacramentar, ofreciendo nuevas artritis supuradas condroesternales, abscesos periartríticos, mal vertebral de Pot en la región dorsal, confirmada más tarde por radioscopia, bronquitis crónica con abundante expectoración, disnea, períodos de fiebre de 39 grados, sudores, etc., etc., y su antigua fistula orquítica derecha. Ante aquel desdichado caso, encontréme perplejo y dispuesto á luchar con lo imposible; mas alentado por el mismo enfermo, que me repetía que aunque había sido calificado su estado de mortal hacía muchos años, seguía en idéntico estado. Puesto de manifiesto ante la familia, una vez más, el diagnóstico consabido de tuberculosis generalizada, y anunciada su gravedad suma, comencé por intentar reducir los focos de supuración, tratando por la antisepsia más rigurosa las artritis citadas, empleando el iodo, éter iodofórmico y naftol alcanforado, consiguiendo curarlas. Inamovilicé el sujeto con un corsé enyesado al principio, mecánico después, consiguiendo enderezarlo y suspender la marcha del proceso vertebral, sirviéndome del reposo, la sobrealimentación, la antisepsia pulmonar, alternando el fosfato de creosota con el cinamato de sosa en inyecciones, tuberculina más tarde, y en cuanto pudo levantarse, aire marino, reconstituyentes, fosfóreos, hasta encontrarme frente á la fistula testicular que, como proceso rebelde, seguía imperterrita á todo tratamiento. Le inyecté cloruro de cinc al 1 por 15. tintura de iodo, sin obtener resultado, y teniendo en cuenta su escaso dolor, al lado de su volumen, circunstancias que no dejaron de llamarme la atención, me incliné á que algo anormal ocurría en aquel testículo, proponiendo abrirlo.

Aceptado como último recurso, verifiqué, sirviéndome de una sonda acanalada, la abertura de aquel tumor elástico é indolente, y en cuyos antecedentes figuraba haber sido calificada de nódulo tuberculoso por eminentes cirujanos; previa la anestesia con la estovaína, verifiqué una incisión de dos centímetros, sirviéndome como guía y base el orificio capilar existente en la superficie escrotal é interesando *el espesor del testículo* derecho al cual se hallaba adherido, quedándome sorprendido al ver salir, en lugar de

pus, un tubo de drenaje de goma roja, de siete centímetros, y cuya



fotografía de tamaño natural presento á ustedes, firmada por el poseedor para mayor autenticidad, y dar fe de que llevó alojado en el testículo desde Abril de 1905 á Diciembre de 1907, cerca de tres años (treinta y dos meses), con lo que, y suprimido este cuerpo extraño, y previo raspado, pudo cerrarse la tal fistula; tratamiento que de paso manifestaré considero el preferible en esta clase de lesiones, por participar el que suscribe de la teoría conservadora y no radical en la tuberculosis testicular, como acontece en el riñón, donde la radical triunfa, según quedó resuelto por la Sociedad de Cirugía francesa, y en armonía con la mayoría de los cirujanos, quienes dan una extraordinaria importancia, como sabemos, á la secreción interna testicular, por aquello de que la ablación extensa del testículo puede conducir á la castración doble, motivando esto el reducir las intervenciones.

(Continuará.)

NECROLOGÍA

Don Amaranto Calvillo y Quijano,

Farmacéutico primero.

Nació en Ocaña (Toledo), el 18 de Septiembre de 1870. En Junio de 1891 se graduó de Licenciado en Farmacia, y en Abril de 1893, previos los correspondientes ejercicios de oposición, ingresó en el Cuerpo con el empleo de Farmacéutico segundo, prestando sus servicios en los Laboratorios de Málaga y Central, y en los Hospitales de Melilla y Guadalajara.

En Enero de 1897 fué ascendido al empleo de Farmacéutico primero, habiendo servido en distintos Hospitales de la Península y de la Isla de Cuba, en la Junta facultativa del Cuerpo y en las

Farmacias militares de esta Corte, estando últimamente destinado en la núm. 3, sirviendo cuyo destino, falleció el día 10 de Agosto último.

Se hallaba en posesión de dos cruces del Mérito Militar de primera clase, una con distintivo rojo y otra blanco.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

VARIEDADES

Por si pasara desapercibida á nuestros lectores la disposición correspondiente que publicamos en la *Sección oficial* de este número, llamamos su atención acerca de las facilidades que en la misma se dan al personal médico que desee asistir al Congreso de la Tuberculosis, que se verificará en San Sebastián, del 19 al 16 del corriente.

*
* *

Procedentes de Melilla, hemos tenido el gusto de saludar al Subinspector Médico D. Pedro Cardín, al Médico mayor D. Joaquín Aller y al Médico primero D. Agustín Vam-Baumberghen, que se encuentran accidentalmente en esta Corte.

*
* *

Se ha autorizado al Jefe de Sanidad de la octava Región para que gire una visita á los Hospitales de la misma, acompañado de un Jefe, en concepto de Secretario.

*
* *

En la Revista general de Marina, correspondiente al pasado mes de Junio, el segundo Médico de la Armada, D. Salvador Clavijo, publica un artículo, razonado y bien documentado, para demostrar la necesidad de crear Sanatorios especiales en que sean recogidos los marineros tuberculosos que, en número relativamente considerable, se dan por inútiles para el servicio de la Armada, evi-

tándose así que propaguen la enfermedad entre sus familias y convecinos, y también el que se dificulte su vida, por tenerse que ocupar en trabajos poco apropiados á su estado patológico, ó por ser rechazados en muchos de ellos al conocer que se hallan en tal estado que no pueden ocultar.

El artículo está destinado á llamar la atención de las autoridades del ramo naval acerca de esta necesidad, que, además de su fundamento higiénico, tiene el moral, muy digno de tomarse en cuenta también, de pagar la deuda contraída por el Estado con los que enferman ó se agravan en su servicio, principio que está admitido para los que sufren lesiones por el hierro ó fuego enemigo ó por accidente, y que debe hacerse extensivo á los que contraen enfermedades incurables ó que requieren un tratamiento largo y costoso y un régimen apropiado durante su permanencia en filas.

*
* *

En *The Military Surgeon*, órgano del Cuerpo de Sanidad Militar de los Estados Unidos de América, correspondiente á Julio último, se hace un extracto de los trabajos publicados en esta REVISTA por los Médicos primeros Sres. Iñigo y González Deleito, sobre la «Reacción febril del «606», y la «Lucha antituberculosa en el Ejército y Armada», respectivamente.

*
* *

El Subinspector farmacéutico D. Ricardo García Mercet acaba de regresar de Oxford, en cuya ciudad asistió al Congreso internacional de Entomología, en concepto de naturalista, como Delegado del Gobierno español, á propuesta de la Junta para ampliación de estudios é investigaciones científicas.

*
* *

Hoy habrán dado comienzo los ejercicios de oposición para cubrir cuarenta plazas de Médicos-alumnos en la Academia Médico-Militar.

*
* *

Este mes se verificará en la Haya el undécimo Congreso internacional de Farmacia.

Comprenderá las Secciones siguientes: 1.^a, Cuestiones generales; 2.^a, Farmacia galénica; 3.^a, Química; 4.^a, Bromatología, y 5.^a, Botánica.

*
* *

Se encuentra muy mejorado de la enfermedad que le retuvo varios días en cama el Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar, D. José de Lacalle.

Mucho lo celebramos.

*
* *

Ha llegado á Melilla la nueva instalación de radiografía de campaña, modelo del Parque de Sanidad Militar de esta Corte, cuyo Director y personal han puesto el mayor celo é inteligencia en su terminación y perfecto funcionamiento, que la hace muy práctica y de condiciones superiores á las empleadas actualmente para dicho objeto.

*
* *

Hemos tenido el gusto de saludar al Médico primero señor Gómez Ulla, quien, de regreso de su comisión oficial al extranjero, nos ha explicado los principales adelantos en las clínicas extranjeras y en las dependencias sanitarias de los distintos países que ha visitado, prometiéndonos publicar en la REVISTA algunas de sus impresiones y enseñanzas.

Se bienvenido tan inteligente compañero, á quien estimamos en lo que valen sus atenciones para con nosotros.

*
* *

En este número publicamos un plano de los puertos sanitarios de Melilla, que pedimos, y nos fué amablemente enviado por el Médico primero Sr. Aspiroz, á quien damos las más expresivas gracias.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Epidemiología y patogenia del cólera.— Kelch hace ver en la *Revue d'Hygiène*, que aunque el concepto clásico del cólera es que se trata de una enfermedad de origen exótico, cuyas explosiones, fuera de la India, se atribuyen exclusivamente á la importación, y cuya extensión se asegura por focos sucesivos, secundarios, ternarios, etc., que proceden los unos de los otros, cree, sin embargo, apoyándose en los hechos observados, que aparte de estas ideas fundamentales, la aparición del cólera depende de otras circunstancias.

En efecto; en 1831, en 1854, en 1859, se vió aparecer el cólera, á cortos intervalos, en puntos del globo de tal manera alejados unos de otros, que no se puede explicar la propagación estos focos casi contemporáneos de aparición.

Las epidemias de 1884, de 1890, de 1892, también se opusieron á la doctrina oficial.

El autor, pasando revista á la repartición del cólera, á su característica epidemiológica, á sus modos y vías de propagación. llega á la convicción de que el cólera resurge de un doble origen: el contagio y la autogénesis. es decir, la intervención frecuente de influencias generales, aptas á conferir la actividad patógena de los saprofitos inofensivos; ó á disponer el organismo á dejarse invadir por ellos. Y entonces, el cólera es, generalmente, precedido de desarreglos intestinales, de diarrea, de colerina. Ulteriormente, la enfermedad puede desde luego repartirse por contagio.

La autogénesis es, pues, la causa capaz de hacer comprender la difusión, la simultaneidad de los ataques entre tan numerosos espacios mundiales, y explicaría asimismo el estallido fulminante de las grandes epidemias.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, tomo 57.)—*J. P.*

* * *

El pneumotórax artificial en la tuberculosis pulmonar y en la bronquiectasia, por el Dr. Volhard, Director del Hospital municipal de Mannheim. El Dr. Volhard explica el nuevo método de tratamiento de la tuberculosis pulmonar y de la bronquiectasia, en las cuales se ha observado que la producción de un derrame pleurítico mejoraba considerablemente las condiciones patológicas locales y el estado general del enfermo. Como una pleuresia no podía ser causada á nuestra voluntad, se pensó en substituir el derrame pleurítico por una colección de gas que distendiera la cavidad virtual de la pleura, y que poseyera al mismo tiempo la propiedad de ser difícilmente absorbido por las superficies orgánicas, encontrando en el nitrógeno el cuerpo más adecuado para la práctica del pneumotórax artificial.

La idea es originaria de Forlani de Pavia, que ha fundado un método muchas veces experimentado en Europa y América, y á cuya extensión en Alemania ha contribuido poderosamente el Dr. Brauer.

El nitrógeno penetra á través de

una aguja hueca, que comunica por medio de un tubo de goma con el balón de gas y por otro con un manómetro. Se clava la aguja en la cavidad pleural, y si está bien colocada, empiezan á notarse movimientos de la saeta manométrica en armonía con las respiratorias. La intervención misma puede realizarse, ya practicando una simple punción como con un trócar, ya seccionando los tejidos blandos á nivel de un espacio intercostal anestesiado con la novocainsuprarrenalina, hasta que, puesta la pleura al descubierto, se perfora con la aguja su hoja parietal, y al notar las oscilaciones manométricas se da entrada al nitrógeno.

A pesar de la indiferencia de este gas frente al organismo, puede apreciarse que se va absorbiendo poco á poco, y al cabo de un mes habrá que proceder á rellenar con con él la cavidad pleural.

El nitrógeno desaloja el tejido pulmonar que se retrae hacia el fleo, y queda en reposo, no teniendo que sufrir los movimientos de inspiración y espiración. Paralelamente á esta disposición anatómica, se observa en los casos favorables que la fiebre disminuye considerablemente, ó desaparece por completo en el curso de los primeros días subsiguientes á la operación, y la expectoración queda casi agotada. El enfermo experimenta la sensación de haberse curado súbitamente, y puede dedicarse á sus habituales ocupaciones.

Tiene la ventaja este método, de que el reposo exigido al organismo entero en algunos Sanatorios para tuberculosos, queda limitado al pulmón, que es el órgano enfermo, y es perfectamente compatible con una

vida activa, que se traduce por la mejor nutrición y por mejoría también del estado subjetivo del enfermo.

Son aptos para este tratamiento principalmente los tuberculosos con caverna y los bronquiectásicos unilaterales, pudiendo, en el caso de estar ambos pulmones atacados, practicar el pneumotórax en aquel de ellos que presenta lesiones más avanzadas. Se requiere también, para obtener un buen resultado, que no existan adherencias pleurales extensas, que impedirían la retracción pulmonar y la penetración del gas.

Uno de los peligros de este método, lo constituye la posibilidad de que se fragüe una pleuresia que lleve á supuración, y el mayor inconveniente, lo restringido que resulta su uso, pues el autor únicamente ha podido emplearlo en 56 casos, elegidos entre 789 tuberculosos graves, y de ellos, en 22 no pudo ver el pneumotórax completo por existir algunas adherencias pleurales, y de los 34 restantes, no todos eran de tuberculosis unilateral.—(*Münchener Medizinische Wochenschrift*, núm. 32, 6-VIII-1912.)—Pagés.

* * *

Tratamiento de las heridas tóraco-abdominales, por Schwartz.—En las heridas de pecho ordinarias la regla general es la abstención, salvo en los casos particulares, en que la hemorragia exige una intervención de urgencia. No sucede lo mismo en las heridas tóraco-abdominales. Cuantas veces pueda afirmarse la existencia de una herida del diafragma, que haya ó no atacado una viscera abdominal, la indicación es

formal: hace falta intervenir para suturar la herida del diafragma é impedir la formación de una hernia consecutiva. Pero, ¿por qué vía es necesario llegar al diafragma?

En las heridas por instrumento punzante ó cortante, la vía torácica, transpleural, con resección costal, ofrece grandes ventajas guiándose por la herida; la sutura del diafragma es fácil; la reducción de las vísceras herniadas, su examen y el tratamiento de las lesiones, son habitualmente felices. Bucci, Lenormant y Salomoni dan estadísticas favorables á este método (mortalidad, de 13 á 7,75 por 100). Por otra parte, no es necesario determinarse á completar la intervención por una laparotomía, si no fuese bastante de día, en caso de hemorragia grave.

Si la herida es por arma de fuego, la cuestión cambia completamente: lo que domina no es la herida diafragmática, sino la penetración abdominal. Si ésta se diagnostica, es necesario intervenir por el vientre; un proyectil es susceptible de determinar lesiones muy numerosas en la cavidad abdominal, para que sea lógico intervenir por el tórax.

Las heridas por bala deben ser observadas desde el punto de vista terapéutico, como heridas del abdomen, y la línea de conducta debe ser, como en éstas últimas: *intervención inmediata por el vientre*.—(*Paris Médical*, núm. 2, 1912.)—*J. P.*

* * *

La vacunoterapia en Urología, por el Dr. Hans Reiter.—Las conclusiones que el autor saca del empleo de la vacuna antigonocócica son las siguientes:

1.^a La vacunoterapia en las com-

plicaciones de la gonorrea da resultado favorable en el 75 por 100 de los casos, á condición de que el diagnóstico esté bien establecido.

2.^a En las enfermedades no gonocócicas del aparato urogenital puede emplearse en unión con los demás medios terapéuticos. Se observa en un 60 por 100 de los casos una duración menor del proceso. En las infecciones generalizadas no debe emplearse.

3.^a La vacunoterapia puede hacer diferir y evitar en algunas ocasiones intervenciones quirúrgicas. En la uretritis blenorragica aguda es raro observar influjo favorable.

4.^a Una inyección de vacuna puede utilizarse en muchas ocasiones como medio diagnóstico para establecer la causa de la enfermedad.

5.^a Los mejores resultados se obtienen con las vacunas monovalentes, y en las infecciones colibacilares ésta es indispensable. En casos de artritis, epididimitis, etc., de causa no bien precisada, se utilizarán las polivalentes.

6.^a Debe comenzarse por pequeñas dosis, para evitar la reacción focal; en la vacuna antigonocócica, con 0,5 ccm., igual, según Wright, á 2.500.000 gonococos. La progresión se hará lentamente, evitando repetir antes de terminar la fase negativa. Reiter recomienda llegar hasta 0,3 ccm. de su A = vacuna antigonocócica, en la que 1 ccm. es igual á 50.000.000 de gonococos.

7.^a Todo esquema de progresión de dosis da malos resultados empleado sistemáticamente.

8.^a Cuando la dosis es suficiente, la fase negativa dura veinticuatro horas como máximum. Mayor duración indica dosis demasiado elevada.

9.^a Es indispensable aumentar

la dosis, si la anterior quedó sin efecto alguno ostensible.

10.^a La repetición de las inyecciones, en regla general, no debe hacerse antes del quinto día, á contar

de la anterior. Cuando la dosis que se va á inyectar es más elevada que la precedente, el tiempo de intervalo será mayor.—*Deut. Med. Woch.* 1912, núm. 28.—*F. G. D.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Apéndice al Reglamento sanitario de campaña del Ejército austro-húngaro.—Contiene algunas modificaciones importantes, que tienden á simplificar el servicio sanitario. Toda división de Infantería, excepción hecha de las de tropas de montaña, tiene afecto un grupo de Sanidad, el cual, hasta la fecha, atendía á los siguientes servicios: Instalar dos puestos avanzados de socorro, lo más cerca posible de la línea de fuego para recoger heridos. Á este servicio atendía con nueve coches de transporte, á los que acompañaban personal de plana menor con material de urgencia. Instalar el puesto principal de curación, dotados éstos de dos furgones y cuatro carruajes con material. Establecer un punto de reunión de heridos leves, con dos furgones de material. Á retaguardia de ellos, dos furgones de Sanidad y uno de la Orden teutónica formaban la reserva de material sanitario. Once carruajes de transporte y cuatro de la Orden teutónica formaban una columna de evacuación de heridos y, por último, á unos tres á cuatro kilómetros á re-

taguardia del puesto principal de curación se instalaba la ambulancia, puesto intermedio entre aquél y el hospital de campaña.

En lo sucesivo, desaparecerán la ambulancia y la reserva del material sanitario, que se refunden con el puesto principal de curación, el cual se dividirá en tres secciones: de recepción, de intervención quirúrgica y de hospitalización provisional de heridos graves. La sección de transporte de heridos conducirá éstos directamente al hospital de campaña. En las brigadas independientes no se establecerá puesto de curación de heridos leves. Las brigadas demontaña tampoco tendrán puesto avanzado de socorro, y si sólo de curación y sección de transporte de heridos. Estos se conducirán al puesto de curación en medios de transporte, improvisados y requisados en el país. Cuando la distancia es muy grande, entre el puesto de socorro de tropas y el de curación se instalarán estaciones de descanso.

Las divisiones de tropas de montaña tendrán afecto, además del material á lomo reglamentario, una

sección de carruajes para heridos y un furgón con material sanitario; los cuales prestarán servicio en los sectores en que el terreno lo consenta.

En las divisiones de Caballería, que hasta la fecha sólo instalaban puesto principal de curación, se establecerá en lo sucesivo un puesto avanzado de socorro.

Los hospitales de campaña para 600 enfermos se subdividen en tres hospitales para 200, y constan de hospital, farmacia y sección de carruajes para transporte de heridos. Habrá tres hospitales por división. Los de montaña se subdividen en dos secciones para 100 enfermos cada una.

Análoga división sufren los hospitales móviles de reserva, hospitales de cabecera de etapa, etc., todos ellos organizados antes para 600 camas.

Los trenes y barcos-hospitales se dividirán en dos clases: 1.^a, tren-hospital para enfermos graves y heridos que puedan necesitar auxilios en la marcha; 2.^a, tren de enfermos para enfermos leves y heridos que no han de necesitar auxilio médico. Los trenes-hospitales tendrán 144 camas, y los barcos de 116 á 132. Los trenes de enfermos se dividen en trenes para los hospitales de etapa, y trenes de dispersión para los hospitales del país; unos y otros son permanentes ó transitorios, y constan de 50 coches de 8 asientos, y pueden transportar 400 enfermos sentados ó 64 acostados y 300 sentados.

La Cruz Roja organiza hospitales de campaña análogos á los del Ejército en su funcionamiento; la Orden teutónica, hospitales de heridos, análogos á los hospitales mó-

viles de reserva; los caballeros de la Orden de Malta, trenes-hospitales, además de cuantos establecimientos de hospitales, casas de convalecientes, etc., puedan organizar dentro del país.

La Cruz Roja organiza igualmente depósitos de reserva de material en la jurisdicción de etapas. (*Deut. Milit. arzt. Zeit.* 1912. H. 13.) F. G. D.

Examen de los reclutas como portadores de bacilos tíficos en Alemania.—(Extracto hecho por *The Military Surgeon*, Julio 1912, del *Deutsche Militarärztliche Zeitschrift*.)—Hüne ha continuado el trabajo de que previamente dió cuenta este periódico, y ha examinado todos los reclutas de un Cuerpo de Ejército entero: fueron examinados 457 hombres que habían padecido fiebre tífica ó se habían hallado en contacto con pacientes de ella, en sus casas ó en los talleres ó trabajos. En todos los casos se hicieron aglutinaciones y tres exámenes de orina y heces fecales para cada individuo, con ocho días de intervalo. Este trabajo requirió largo tiempo, porque lo hizo sin ayuda. El resultado fué descubrir dos portadores de bacilos tíficos, dos de paratíficos y ocho que aglutinaron al 1-20, no produciendo resultado la aglutinación en los restantes. Los dos portadores de gérmenes tíficos fueron licenciados y los otros diez puestos en observación.

El autor cree que la aglutinación no es practicable como medida general; pero recomienda el examen de la orina y heces fecales de todos los reclutas que en los dos años anteriores hayan tenido fiebres tíficas,

ó se han hallado en contacto con los que la han tenido en los últimos seis meses. Esto exigiría unos 60 exámenes por Cuerpo de Ejército, cuyo trabajo podría hacerse por un solo Profesor en cuatro semanas, si pudiese dedicar las mañanas á él.—
J. P.

* * *

Débiles mentales y degenerados en el Ejército, por el Generalarzt Herhold. En un espacio de diez años, el autor ha podido coleccionar 500 hojas clínicas de soldados que han presentado síntomas de debilidad mental y locura moral. Se trataba siempre de casos ligeros en los que la enfermedad no había llamado antes de su vida militar la atención de sus parientes y convecinos. De ellos, en 444 se estableció claramente el diagnóstico y fueron eliminados de filas; 410 sólo presentaban síntomas de debilidad intelectual sin alteraciones éticas; 25 tenían síntomas de anestesia moral é inteligencia normal, y en 9 casos había debilidad intelectual y moral.

En los del primer grupo había escasa tara hereditaria sólo en 17 por 100 de los casos; presentaban pocos antecedentes convulsivos, pero muchos habían sido malos escolares.

Como signos degenerativos externos, todos tenían cráneo pequeño, mirada inexpressiva, frente estrecha y dirigida hacia atrás. Los restantes estigmas eran muy escasos en número, pero existían en algunos. Pocos tenían antecedentes de punitivos, y sólo un 17 por 100 habían tenido ausencias inmotivadas del cuartel. El 50 por 100 de los casos presentaban irritabilidad anormal.

Los del segundo grupo tenían más antecedentes hereditarios, habían

demostrado mayor insociabilidad en su juventud, y los antecedentes penales, antes y durante la época del servicio, eran frecuentes, así como cierta tendencia al suicidio; las ausencias injustificadas del cuartel existían en 11 casos de los 25, y también existían antecedentes de fugas del medio familiar. Quizá poco intensos los signos físicos degenerativos, eran, por el contrario, muy frecuentes los trastornos funcionales degenerativos, irritabilidad anormal, risas y llantos inmotivados, tics, etc.

Por último, los del tercer grupo, escasos en número, porque con dificultad dejan de diagnosticarse, presentaban síntomas comunes á los dos grupos anteriores.

El autor hace suyas, respecto al diagnóstico de estos casos, las siguientes conclusiones del Doctor Kuecht: 1.º Los signos físicos de degeneración indican casi siempre una alteración mental ó ética, ó por lo menos una enfermedad nerviosa. 2.º Pueden presentarse estos trastornos en ausencia de signos físicos de degeneración. 3.º Cuanto más numerosos son los estigmas degenerativos, mayor es la tara nerviosa del sujeto. 4.º El valor de estos signos es utilizable no sólo para el diagnóstico, sino también para el pronóstico y la profilaxis. 5.º Los estigmas llamados de criminalidad no se diferencian de los simplemente degenerativos.

Termina el autor indicando la necesidad de que en el Ejército se eliminen estos individuos con rapidez, y respecto á su responsabilidad, afirma lo siguiente: Sean las fronteras para la utilidad en el servicio lo más estrechas posibles, y para el derecho penal lo más amplias que

podamos. — (*Deuts. Med. Woch.* 1912, núm. 32.) — *F. G. D.*

* *

Creación y sostenimiento de una juventud apta para el servicio de las armas, por el Dr. L. Bassenge. (Cuaderno 49 de las publicaciones sobre servicios de Sanidad Militar, de la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra prusiano.) — Alemania ha llegado á su apogeo del poderío militar, y se preocupa no sólo de sostenerlo, sino de mejorarlo para el porvenir. Por esta razón, los estudios médico-sociales sobre natalidad, mortalidad infantil y resultados del reclutamiento están á la orden del día. El que publica la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra prusiano es muy completo é interesante. La población rural, fuerza de reserva del Ejército y de la nación entera, disminuye, y en treinta y cinco años ha pasado, de ser el 64 por 100 de la población total, á ser el 57,5 por 100. Las ciudades dan muchos inútiles, más del 50 por 100 de los alistados. Berlín sólo tenía, el año 1906, 8.565 soldados, y en sus casas, como inútiles de idénticos reemplazos, 13.156. A remediar esto tienden los directores del país, advertidos por los trabajos de los Médicos militares. En primer término, hay que disminuir la mortalidad infantil, que es de $\frac{1}{3}$ de los nacidos en el primer año, siendo así que la mortalidad general es sólo de 19 por 1.000, y eso se se consigue fomentando la lactancia materna (en Berlín, sólo 33 por 100 de los niños se crían al pecho) y mejorando la alimentación en las clases proletarias, y sobre todo en la población rural. La escuela debe

influir también en el mejoramiento de la raza, la higiene escolar, el no recargar el trabajo del niño; los ejercicios físicos convenientemente dirigidos, son los medios de conseguirlo: gimnasia, juegos, baños, natación, ejercicios militares, y al lado de la educación física del hombre la de la mujer, futura madre de ciudadanos. Por último, es preciso que no continúe el hecho, observado por Otto y Schjerning, de que los jóvenes dan un tanto por ciento de inútiles tanto mayor cuanto más tiempo hace que abandonaron la escuela, y eso se consigue organizando Ligas y asociaciones de jóvenes que entretengan y aumenten el desarrollo físico, adquirido anteriormente por ejercicios gimnásticos y deportivos, que además evitan la precoz fatiga genital, causa la más poderosa de la degeneración física. — *F. G. D.*

* *

El personal de los Hospitales militares en el Ejército búlgaro. — Existen nueve Hospitales de división.

Composición de estos Hospitales: 1 Teniente coronel, Jefe del Hospital; 1 Comandante, segundo Jefe; 2 Capitanes, 1 Teniente, 1 Subteniente, 1 Capitán Farmacéutico, Jefe de Depósito, y 1 Teniente Farmacéutico.

Administración: 1 Capitán, 1 Suboficial y 1 sargento mayor.

Oficinas: 1 sargento mayor, 2 cabos, 2 soldados y 48 enfermeros.

Seis Hospitales de guarnición.

Composición de estos Hospitales: 1 Comandante, primer Jefe.

Administración: 1 Capitán y 1 sargento mayor.

Oficinas: 1 sargento mayor, 1 cabo, 1 soldado y 20 enfermeros.—(Información militar del extranjero, publicada por el E. M. C. Agosto, 1912).—*J. P.*



Oído y servicio de natación entre militares, por el Dr. Dannchl.—En las clínicas de los Hospitales militares, los enfermos del oído abundan durante los meses de riguroso invierno, efecto de los enfriamientos, y en los de Julio y Agosto, en los que las tropas se dedican á ejercicios de natación. La introducción de agua fría y séptica en el oído medio, es la causa de éstas enfermedades. Realizase esta introducción directamente en aquellos soldados en los que existen pequeños desgarrros de la membrana timpánica que ofrecen puerta de entrada directa al agua.

Otras veces son los movimientos de deglución los que permiten que el agua que se introduce por la boca y nariz, sobre todo en los principiantes, pase á la caja del tambor por el intermedio de la trompa de Eustaquio. Por último, cuando el individuo se arroja violentamente en salto de cabeza y alguna vez,

rara, en los de pie, la entrada de agua con gran violencia por el conducto auditivo externo ocasiona fuertes congestiones, extravasaciones sanguíneas y hasta pequeñas perforaciones de la membrana del del tímpano. Las enfermedades observadas con inflamaciones agudas del oído externo y del oído medio, acompañadas algunas veces de supuración, recaídas de otitis medias crónicas, que apenas dan sintomatología, y algunas veces estas enfermedades van acompañadas de complicaciones supuratorias que obligan á intervenciones quirúrgicas. El autor relata el caso de un ingeniero zapador, que á consecuencia de una otitis, acompañada de desgarrro timpánico, se produjeron supuraciones de marcha rápida que, no obstante una pronta y extensa intervención, acarreó la muerte del individuo. Termina el autor recomendando que se reconozca detenidamente el oído de los soldados que vayan á realizar ejercicios natatorios, á fin de dar consejos y medios de protección á los soldados que tuvieran alguna antigua lesión de oído, sobre todo si hay perforación del tímpano.—(*Deuts. Milit. arzt. Zeit.* 1912, H. 11.)—*F. G. D.*

BIBLIOGRAFÍA

Valor psico-social de la vida militar en España. Conferencia leída en el Ateneo de Madrid, por D. Santos Rubiano, Médico primero de Sanidad Militar. 1912.

El objeto de esta conferencia fué el de exponer y analizar el modo en que actúa la vida militar española, el medio ambiente del

cuartel y el servicio de las armas en el carácter, en la personalidad de los mozos que nutren sus filas, y la síntesis de ella queda condensada en el siguiente párrafo: «Si, pues, la vida militar da á nuestros mozos un caudal de ideas y una conciencia que no poseían; si prende en ellos gérmenes de sentimientos, como los del deber y el derecho, y nociones, como la del delito y la pena; si les enciende el amor á sí mismos y les hace ciudadanos; si arma, en suma, sus inteligencias para la lucha de la vida y enfrena sus impulsos, ordenadores del corazón, y sí, por otra parte, como multiplicada consecuencia de estas acciones varias, espolea la atención colectiva y adiestra la voluntad social, poniendo en manos del medroso ó del ignorante una brújula para la conducta, y enfrente del sano y vigoroso dignos ejemplos que imitar, nadie podrá negar que la institución Ejército tiene en España un alto valor educativo, individual y social.»

El autor sigue paso á paso la evolución mental del soldado en el ambiente castrense, y su acomodación á las exigencias de las distintas Armas, que le ofrecen á su vez un modo especial y diferente de adiestramiento físico y subjetivo.

El folleto de que nos ocupamos resume una labor de divulgación de los beneficios que produce la vida militar á los sujetos que pasan por las filas, y, por lo tanto, á la Nación, que es la colectividad, siendo de la mayor utilidad é importancia para desterrar ciertos prejuicios corrientes entre el elemento civil, desconocedor de la milicia; y en este concepto, el trabajo de nuestro compañero debería ser imitado por los militares de todos los Cuerpos, aprovechando, como lo ha hecho el Sr. Rubiano, las ocasiones favorables. Esto sin dejar de reconocer, como el autor lo reconoce, la necesidad de que la vida militar intensa en su régimen y desarrollo siga la marcha de perfección y progreso de toda la sociedad moderna.

La conferencia, por las observaciones personales que contiene, por sus numerosas citas de autoridades de nota y por su lenguaje científico, propio del auditorio ante quien se leyó, demuestra en el autor una cultura en la moderna Psicología, que cada vez es más necesaria para tratar debidamente estas cuestiones sociales.—*J. P.*

La alienación mental en el Ejército español, por el mismo autor.

También en este opúsculo, presentado por el Sr. Rubiano á la Sociedad de Psiquiatría y Neurología, pone á contribución el autor su predilecto interés en beneficio de las cuestiones que afectan á la vida militar, desde el punto de vista de la idoneidad para el servicio, y valiéndose de las enseñanzas recogidas en la práctica, durante dos años, en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat, bajo la dirección del Médico mayor D. Antonio F. Victorio, actual Profesor de Psiquiatría en la Academia Médico-Militar, y poniendo en juego su carácter observador y sus conocidas aficiones estadísticas, aboga por la propaganda de esta clase de conocimientos entre los Médicos militares, para que sepan distinguir en los cuarteles á los sujetos de mentalidad débil, que dan lugar á trastornos de conducta punibles, y por la creación de una Sección de alienistas castrenses, estadísticas especiales y manicomio para militares. Son asimismo muy interesantes sus reflexiones acerca del voluntariado en el Ejército.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

12 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 181) autorizando á las Autoridades militares superiores de las respectivas Regiones y Plazas existentes, para conceder permiso al personal de Sanidad Militar (Sección de Medicina) que desee asistir á las sesiones del segundo Congreso Español Internacional de la Tuberculosis, que ha de celebrarse en San Sebastián, del 9 al 16 del próximo mes de Septiembre, por un plazo de veinte días, haciendo el viaje por cuenta del Estado.

13 » Real orden (*D. O.* núm. 182) concediendo las siguientes recompensas á los Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan, por los méritos contraídos en los combates sostenidos con motivo de las operaciones realizadas en el territorio de Beni Sidel (Melilla), desde el 11 al 15 de Mayo último.

Médico primero: D. Manuel Vegazo Mansilla, Cruz de primera clase de María Cristina.

Médico segundo: D. Pedro Espino García, Cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo, pensionada.

Médicos segundos: D. Pío Irigoyen Arruti, D. Daniel de Paul Goyena, D. Antonino Guzmán Ruiz, D. Gustavo Martínez Manrique y D. Eulogio Muñoz Cortázar, Cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo.

19 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 186) disponiendo le sirvan de abono al Médico primero D. Lorenzo Puncel Pérez, para extinguir el tiempo de obligatoria permanencia en Ceuta, los diez meses y cuatro días que sirvió accidentalmente en Melilla.

» » Real orden (*D. O.* núm. 186) disponiendo le sirvan de abono al Médico primero D. José Hernando Pérez, para extinguir el tiempo de obligatoria permanencia en Melilla los once meses y veinticinco días que sirvió en comisión en dicho territorio durante la campaña de 1909.

20 » Real orden (*D. O.* núm. 187) concediendo al Médico primero D. Jerónimo Sal Leuce mención honorífica, por el folleto de que es autor, titulado *Heredo-tuberculosis y su profilaxis*.

22 » Real orden (*D. O.* núm. 189) disponiendo que por los Inspectores de Sanidad Militar de la primera, cuarta y séptima Regiones se proponga al Ministerio de la Guerra, con toda urgencia, el personal que haya de verificar el curso de ampliación de estudios de Bacteriología y Análisis, establecido por disposiciones anteriores, correspondiendo dos Médicos primeros á la primera Región, que han de ser precisamente de los que tengan destino en esta Corte, uno á la cuarta y otro á la séptima.

» » Real orden (*D. O.* núm. 189) disponiendo que el próximo curso práctico de Radiografía y Radioscopia en el Hospital de Carabanchel, tenga cuatro meses de duración, y sean destinados á él dos Médicos primeros de la primera Región, uno de la segunda y uno de la sexta, verificando la asistencia, sin perjuicio del servicio, el personal que tenga su destino en esta Corte, y remitiendo con urgencia al Ministerio de

la Guerra las propuestas de los Inspectores de Sanidad Militar respectivos.

22 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 189) disponiendo que los Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Médicos primeros: D. Manuel Díez y Bádenas, del Batallón Cazadores de Gomera-Hierro, 23, al primer batallón del Regimiento Infantería de la Reina, 2; D. Rafael Power y Alessón, del Batallón Cazadores de Reus, 16, al de Gomera-Hierro, 23; D. Cosme Valdovinos y García, de la Comandancia de Artillería de Melilla, al Regimiento Cazadores de Almansa, 13.º de Caballería; D. Agustín Vam-Baumberghen y Bardaji, del primer batallón del Regimiento Infantería de Africa, 68, á la Comandancia de Artillería de Melilla; D. Francisco Chinchilla Rosende, del primer batallón del Regimiento Infantería de la Reina, 2, al primer Batallón del de Africa, 68; D. Antonio Sánchez Reyes, del Regimiento Lanceros de la Reina, 2.º de Caballería, al 6.º Depósito de caballos sementales, y D. Nemesio Agudo de Nicolás, del 6.º Depósito de caballos sementales, al Regimiento Lanceros de la Reina, 2.º de Caballería.

Médicos segundos: D. Federico Ramos de Molins, de la 1.ª sección de la 4.ª compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, á la Ambulancia de montaña núm. 3; D. Aniceto García Fidalgo, del primer batallón del Regimiento Infantería de Burgos, 36, al segundo del del Príncipe, 3; don Eduardo Mateo y Hernández, de la 2.ª sección de la 1.ª compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, y en comisión en la Plana Mayor de dicha brigada, á la Ambulancia montada de la primera región, cesando en la expresada comisión, y D. Saulo Casado y Velázquez, del 2.º batallón del Regimiento Infantería de la Constitución, 29, á la 1.ª sección de la 4.ª compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar.

Médicos provisionales: D. Vicente Soriano y Zapater, del 2.º batallón del Regimiento Infantería de Luchana, 28, al Hospital militar de Tarragona; D. José Millán y Muñoz, del Hospital militar de Tarragona, al 2.º batallón del Regimiento Infantería de Luchana 28.

» » Real orden (*D. O.* núm. 189) nombrando Profesor de la Acade-

mia Médico-Militar al Médico mayor D. Sixto Martín Miguel.

22 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 189) nombrando Médicos provisionales del Cuerpo, así como de la Reserva facultativa del mismo, á los individuos de tropa, Licenciados en Medicina y Cirugía, que á continuación se expresan y cuyos destinos se señalan:

D. Miguel Antón y Mena, sanitario de la compañía mixta de Sanidad Militar de Melilla, al primer batallón del Regimiento Infantería del Principe, núm. 3; D. Isidro Muñoz Crego, soldado del regimiento Infantería de Saboya número 6, al primer batallón del de Burgos, núm. 6, y don Juan Domenech y Martí, soldado excedente de cupo del Reemplazo de 1910, perteneciente á la zona de reclutamiento de Barcelona, núm. 27, al Batallón Cazadores de Reus número 16.

23 » Real orden (*D. O.* núm. 190) nombrando Profesor de la Academia Médico-Militar al Médico mayor D. Francisco Fernández Victorio, quien desempeñará la asignatura de Medicina legal, Justicia y Legislación militar, sin perjuicio de su actual destino.

24 » Real orden (*D. O.* núm. 191) concediendo la separación del servicio activo, á solicitud propia, al Médico segundo don Felipe Sicilia Traspaderne, sin goce de sueldo ni uso de uniforme, quedando adscrito á la Reserva facultativa del Cuerpo, con el mismo empleo, hasta cumplir su compromiso con el Ejército.

» » Real orden (*D. O.* núm. 191) concediendo autorización para que vengan á esta Corte varios Médicos provisionales que han solicitado tomar parte en el Concurso de oposiciones á ingreso en la Academia Médico-Militar, cuyos ejercicios darán principio en 1.º de Septiembre próximo.

» » Real orden (*D. O.* núm. 191) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Sebastián Lazo García.

Plano de los puestos sanitarios de Melilla, dibujado y enviado por el Médico primero D. Joaquín de Aspiroz.

