

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VI.

Madrid, 15 de Marzo de 1916.

Núm. 6.

SUMARIO

Hematología de la neurastenia, por **Santos Rubiano**.—*Estadística operatoria del Hospital Militar de Barcelona y notas clínicas* (continuación), por el **Dr. Antonio Solduga**.—*Ateneo de Sanidad Militar: Extracto de la sesión celebrada el día 11 de Febrero de 1916*.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: La electrización directa de los troncos nerviosos en el curso de las intervenciones, por parálisis traumáticas.—Investigaciones experimentales sobre la acción germicida de la «optoquinina» (etilhidrocupreína) sobre el neumococo.—*Prensa militar-profesional*: Tratamiento de las heridas penetrantes de vientre en campaña.—El desarrollo de los servicios sanitarios en campaña.—*Bibliografía*: El problema social de la tuberculosis en Madrid, por el *Dr. D. José Codina Castellví*.—Interpretación clínica de los análisis de orina, diuresis y micción, por el *Dr. N. Serrallach*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

HEMATOLOGIA DE LA NEURASTENIA

Hasta hace poco tiempo, veníase suponiendo que el estado de la sangre en la neurastenia, ateniéndose al ajejo apotegma de que la sangre es el moderador de los nervios, había de corresponder á un general empobrecimiento de los normales elementos sanguíneos, y á una consecutiva disminución de la concentración sanguínea, por analogía con el hecho de observación clínica de los trastornos asténicos, que con resonancia en el sistema nervioso acompañan á las anemias secundarias y primitivas. Y así, hasta hace no muchos años aun la misma característica objetiva sanguínea obtenida por hematólogos poco escrupulosos, ó porque el diagnóstico no correspondiera exactamente al de neurastenia, venía siendo, sin más especificación, el de una pura y simple oligocromemia.

Mas la mayor precisión, tanto en la observación del síndrome neurasténico como en el examen hematológico, han aportado conclusiones más exactas, que parece han de contribuir á esclarecer en cierto modo la característica de la neurastenia típica de Beard, asociándola un síntoma de gran valor, acaso orientando su patogenia por rumbos seguros y explicando asimismo clínicamente los trastornos consecutivos á la poliglobulia, eritremia, *policitemia rubra* ó eritrocitosis.

Antes de presentar las observaciones personales objeto de esta comunicación, creo necesario indicar muy sucintamente el estado en que actualmente se halla esta cuestión de Patología. Luxembourg, citado por Grawitz, en su obra de *Patología clínica de la sangre*, apreció, como resultado del examen hematológico de cuarenta casos de neurastenia é histerismo (no los separa), practicado en un Sanatorio, un notable aumento en el número de los eritrocitos, debido, según él, á un trastorno vasomotor; advirtió también descenso en la cifra de leucocitos. El hematólogo japonés Tanaka (citado en la misma obra) llega á igual conclusión en cuanto á los eritrocitos, habiendo observado, en cambio, hiperleucocitosis y aumento en el número de plaquetas.

Grawitz, á pesar de estas observaciones, cree que en la gran mayoría de los neurasténicos y de los histéricos no se observa ni disminución en la concentración sanguínea ni en el número normal de los elementos morfológicos; ni admite que haya relación genética entre las neurosis y la anemia, considerando que los trastornos hematológicos que en aquéllas puedan observarse deben ser referidos á modificaciones vasomotoras.

En un trabajo del Dr. Hedelius, analizado recientemente en la *Folia hematológica* (cuaderno 3.º de 1915), estúdiense diez y ocho casos de *policitemia* en individuos de veintidós á sesenta y cinco años con trastornos más ó menos intensos de orden neurasténico, nueve de ellos clasificados de *policitemia* idiopática con los más intensos síntomas neurasténicos. En los otros nueve, mujeres en su mayoría, el síndrome neurasténico era menos acentuado, destacándose cierta debilidad irritable con períodos de excitación y depresión psíquica. En el primer grupo, el número de eritrocitos llegaba á catorce millones; en el segundo, fué de cinco y medio á siete.

Síntomas concomitantes de la neurastenia en dichos enfermos

fueron la cianosis en un caso, la albuminuria en cuatro, urobilinuria en dos y esplenohipertrofia en uno. Atribuye Hedelius el aumento eritrocítico á una hiperactividad óseo-medular, por haber hallado en el primer grupo normoblastos en cinco casos, policromasia y anisocitosis; y con respecto á los leucocitos, 0,5 á 10 por 100 de mielocitos en siete casos, con más, constante disminución de linfocitos, aumento de mononucleares y frecuente elevación en el número de polimorfonucleares neutrófilos. La proporción de hemoglobina en todos los casos osciló entre 0,30 á 0,80. Observó también en el primer grupo anomalías de metabolismo, como gota, diabetes, obesidad y exceso de ácido úrico.

Un caso de poliglobulia muy bien analizado fué presentado á la Academia Médico-Militar de Berlín, por el Sr. Meyer, en la sesión de 21 de Enero de 1913. El soldado Wagner sufría con frecuencia de accesos neurasténicos, y además solía padecer de epístaxis y cianosis de diversos órganos. La cifra media de varios exámenes de sangre dió 7.200 leucocitos, nueve millones de glóbulos rojos y 94 de hemoglobina. Como los trastornos que sufría el enfermo se remontaban á la infancia, el comunicante atribuía sus trastornos clínicos á un cierto infantilismo sanguíneo persistente.

A pesar de la opinión de Grawitz, parece deducirse de las observaciones posteriormente hechas que hay una concomitancia manifiesta entre el síndrome neurasténico típico y la policitemia.

N.º	Leucocitos	Glóbulos rojos	Hemoglobina
1	7.200	9.000.000	94
2	7.200	9.000.000	94
3	7.200	9.000.000	94
4	7.200	9.000.000	94
5	7.200	9.000.000	94
6	7.200	9.000.000	94
7	7.200	9.000.000	94
8	7.200	9.000.000	94
9	7.200	9.000.000	94
10	7.200	9.000.000	94

Casos.	Hombres.	Sexo.	Eritrocitos.	Hg.	Vg.	Leucocitos.	Lv.	Li.	Gm.	Pn n.	Pn a.	Pn b.
1	AL	♂	10.000.000	80	0,40	7.200	1,56	34,90	10,15	51,95	0,00	1,95
1	AL	♂	9.000.000	80	0,44	7.600	2,00	20,00	15,00	53,00	0,00	0,00
2	JG	♂	8.493.000	90	0,56	6.500	1,00	1,50	5,00	79,00	0,00	0,00
3	LH	♀	6.999.000	90	0,76	7.500	2,00	14,00	2,40	78,60	0,00	3,00
4	DV	♂	6.900.000	90	0,65	8.200	0,00	21,90	10,10	64,60	0,00	0,00
5	EM	♂	6.200.000	85	0,62	9.100	5,52	3,16	31,71	57,26	1,62	0,17
6	LG	♀	6.500.000	85	0,65	7.700	0,00	6,72	17,80	73,10	2,38	0,00
7	ME	♀	6.100.000	85	0,69	6.800	2,30	9,91	7,60	78,90	0,86	0,43
8	ML	♀	6.000.000	80	0,65	8.200	20,20	9,50	5,60	62,00	2,70	0,00
9	LR	♂	5.750.000	85	0,75	8.500	6,20	4,50	2,30	86,50	0,00	0,50
10	CH	♀	5.700.000	90	0,68	24.000	1,00	8,00	8,00	81,00	2,00	0,00

Hg: Hemoglobina; Vg: Valor globular; Lv: Linfocitos verdaderos.

Li: Linfocitos leucocitoïdes; Gm: Grandes mononucleares.

Pn n: Polimorfonucleares neutrófilos.

Pn a: Idem acidófilos.

Pn b: Idem basófilos.

Las diez observaciones precedentes, correspondientes á la comunicación que presento, pertenecen á otros tantos enfermos que llegaron á mi laboratorio sin previo conocimiento mío del diagnóstico de neurastenia, establecido por sus médicos de asistencia.

*
* *

Sólo en un caso me fué posible hacer más de un examen sanguíneo, y son escasos los datos clínicos que de todos puedo aportar. El valor, pues, de esta comunicación, como estudio objetivo, estriba, más que en el analítico de cada caso, en su valor serial.

En toda cuestión de observación, por modesta que sea, es conveniente, mejor dicho, es necesario, precisar la manera como se haya llevado á cabo, indicando el procedimiento seguido, el material empleado, para que de este modo puedan sus conclusiones ser lógicamente ratificadas ó rectificadas. En la estimación de la riqueza morfológica se ha empleado la cámara cuenta-glóbulos, de Thoma Zeiss; para la valoración de la hemoglobina, el cómodo colorímetro de Talqvist, y en el análisis de la fórmula leucocitaria se ha seguido la clasificación de Papenheim. En el cuadro adjunto van las diez observaciones referidas.

Adviértese en ellas, como dato sobresaliente, un común denominador hematológico, que corresponde á la poliglobulia y á un descenso relativo de la hemoglobina, lo que da una manifiesta oligocromemia relativa. En cuanto á la fórmula leucocitaria, que considero factor independiente, da en los casos 3.º y 10 polimorfonucleosis neutrófila (se trata de enfermas operadas de matriz algún tiempo antes); el 6.º y el 7.º, con trastornos dismenorreicos; el 9.º, con antecedentes de epididimitis doble; el 2.º, con trastornos prostáticos. La linfocitosis de los casos 1.º, 4.º y 8.º es de explicación oscura, bien que en el 1.º pudiera atribuirse á una tuberculosis latente. Había predominio de grandes nucleares en los casos 1.º, 4.º y 5.º

En todos los casos, pero especialmente en los 1.º, 2.º, 3.º y 4.º, destacábase el síndrome de Beard, con sobresaliente impotencia sexual psíquica en los casos 4.º, 5.º y 9.º; trastornos dismenorreicos en los 3.º y 7.º con manifiesta obesidad.

La mayoría de estos enfermos ofrecía la aparente salud de flo-

ruido aspecto de casi todos los neurasténicos, esos comediantes trágicos condenados á disimular su interna tribulación.

Por lo apuntado en las observaciones expuestas parece que hay una pista á seguir para la patología de la neurastenia en la exagerada provisión de eritrocitos y en la escasa dotación de hemoglobina correspondiente á cada glóbulo.

La comparación de los datos hematológicos entre la clorosis y la neurastenia hace ver cierta analogía entre las dos, bien que la oligocromemia característica de ambas es absoluta en la primera y relativa en la segunda. Von Noorden (tomo III, pág. 397 de la *Enciclopedia* de Klemperer y Leyden), ha dicho, respecto á la clorosis, que podría ser explicada por un defecto endocrínico, á causa de que no entrase en la sangre suficiente número de hormonas estimulantes de la hematopoyesis; Lloyd Jones (loc. cit.) opina, por el contrario, que durante la excitación sexual de las adolescentes cloróticas llegarían á la sangre los productos de secreción interna ovárica en cantidad excesiva, influyendo de modo peculiar en la composición de la crasis sanguínea de aquellas enfermas. En ambas opiniones, como se ve, hácese entrar en acción, para explicar el trastorno sanguíneo, á la función endocrínica ovárica.

Ahora bien; teniendo en cuenta que desde tiempo atrás viénesse afirmando cierta relación, bien que no claramente especificada, entre la endocrinia testículo-ovárica y los trastornos neurasténicos típicos, atribuidos á esa influencia vagamente llamada «agotamiento nervioso», valor fiduciario sin garantía; y al ver cómo destácase en primera línea en el cuadro neurasténico el complejo sintomático sexual, he llegado á suponer que la poliglobulia ó eritremia, de que me he ocupado, pudiera ser la consecuencia de una hiperfunción endocrínica testicular ú ovárica, que en un principio sobrestimulara la citopoyesis eritrocítica con su valor hemoglobínico adecuado para subvenir á exigencias biológicas naturales ó artificiosas, citopoyesis más tarde desequilibrada, por no acompañarse de su valor hemoglobínico proporcionado. Resistiría una hipergénesis celular sin objeto, dando lugar á albuminuria, cilindruria, esplenohipertrofia, conjuntivitis, trastornos coroideos y retinianos, etcétera, y una oligocromemia relativa con un consiguiente déficit en los fenómenos catabólicos.

SANTOS RUBIANO,

Médico mayor.

Del Instituto de Higiene Militar.

Estadística operatoria del Hospital Militar de Barcelona

Y NOTAS CLÍNICAS (1)

(CONTINUACIÓN)

5.º Nunca debe esperarse la curación de las hernias inguinales cuando el canal inguinal se presenta acortado, ya congénitamente, ya por causas patológicas. Al trayecto inguinal los anatómicos le asignan una longitud de cuatro y medio á cinco y medio centímetros. Nada hay más variable. En tesis general, podemos decir que la longitud de dicho conducto depende del mayor ó menor desarrollo transversal de la pelvis. Al final del sexto mes de la vida intrauterina, los dos anillos inguinales están uno enfrente de otro, y no tienen más longitud que la propia del espesor de la pared ventral. Á partir del séptimo mes, los dos anillos se van separando en virtud del desarrollo ó ensanchamiento transversal de la pelvis, y el conducto, de antero-posterior, se vuelve oblicuo. Tanto es así, cuanto que la longitud del conducto inguinal en la mujer es casi siempre cinco milímetros más largo que en el hombre, por el mayor desarrollo de la pelvis.

Su anchura normal depende del mayor ó menor grosor del cordón en el hombre, y del ligamento redondo en la mujer; por eso se observa que el trayecto inguinal es siempre más ancho en el primero, debido á que el espesor ó diámetro del cordón es mayor que el del ligamento redondo.

Esto, que constituye lo que podríamos llamar la regla, tiene bastantes excepciones. Así como hay individuos que nacen con una abertura palpebral grande, una abertura bucal pequeña, hay otros que nacen con un trayecto inguinal corto. Si á este acortamiento congénito actúa la presión de una viscera, la deformación y rectificación del mismo vendrá más rápidamente.

Patológicamente, la deformación, rectificación y acortamiento del trayecto inguinal tienen lugar en virtud de la diferente resis-

(1) Véase el núm. 3 de 1916.

tencia que oponen las paredes del mismo á la presión de la víscera herniada. No todas las paredes tienen el mismo espesor ni la misma consistencia. Cuando el trayecto inguinal está sometido á una presión mayor que la resistencia que pueden oponer dichas paredes, se deforma y acorta. De las cuatro paredes que constituyen dicho trayecto, la menos resistente es la posterior, formada principalmente por la fascia transversalis; sabido es que dicha pared está reforzada en su parte interna por el tendón *conjuen*, conjunto ó consorte procedente de fibras tendinosas del oblicuo menor y transversal, que se inserta en la espina del pubis y cresta pectínea.

Para tener una idea bien clara y comprensible de la deformación y rectificación del trayecto inguinal, comparo á éste con un tubo compuesto de paredes elásticas de diferente grosor, y, por consiguiente, de desigual resistencia; si el interior de este tubo lo sometemos á una presión mayor que la fuerza de resistencia de dichas paredes, siendo éstas elásticas, empezará por deformarse la menos resistente, y en el tubo inguinal la menos resistente es la pared posterior. A medida que la deformación y rectificación del trayecto inguinal aumenta, disminuye la oblicuidad del mismo, hasta llegar á hacerse antero-posterior y no tener más longitud que la propia del espesor de la pared abdominal, como en los primeros meses de la vida intrauterina.

En resumen: deformación, rectificación y acortamiento son tres términos ó procesos distintos; el primero de los cuales puede existir independientemente de los dos últimos, puesto que no consiste (como su mismo nombre indica) más que en un cambio de forma. La rectificación se refiere al cambio de dirección del trayecto inguinal, que de oblicuo tiende á hacerse antero-posterior, siendo el acortamiento la resultante de la rectificación. Estos dos últimos procesos dependen del ensanchamiento transversal del anillo inguinal interno, por desaparición total ó parcial de la pared posterior del trayecto inguinal.

Siempre y cuando exista deformación y acortamiento del trayecto inguinal, no puede esperarse la curación de las hernias por medios ortopédicos, estando indicado únicamente el uso del braquero como medio paliativo y para evitar accidentes herniarios, puesto que en este caso, habiendo perdido la oblicuidad normal que tiene dicho trayecto, son perfectamente comparables dichas hernias con las que tienen lugar á través del anillo crural umbili-

cal, etc., puesto que, como es sabido, en estos anillos ó trayectos rectos, existentes ya de un modo normal ó anormalmente en el espesor de las paredes ventrales, cuanto más actúa sobre las mismas la acción de la prensa abdominal, más tiende á abrirlos y no á cerrarlos, como ocurre en un trayecto inguinal oblicuo ó normal.

De lo dicho anteriormente se desprende que tampoco son susceptibles de curación por medios ortopédicos las hernias inguinales directas. Esta clase de hernias, de las cuales he visto un corto número, nunca alcanzan gran desarrollo, debido á que están formadas por dos sacos: 1.º, el saco propio ó peritoneal; y 2.º, el constituido por la fascia transversalis. Este último no puede movilizarse por deslizamiento, lo mismo que el peritoneo; y no siendo tampoco tan distensible, hace que, al llegar á ciertos límites, la hernia directa no pueda descender más y, por consiguiente, adquirir gran desarrollo, á no ser que se fisure ó desgarre dicha fascia; pero cuando así no sucede, dicha hernia se encuentra embriada por la misma, á semejanza de lo que ocurre con la hernia crural, con el desdoblamiento de las dos hojas de la fascia lata.

Siempre y cuando el cirujano reconoce á un individuo y hace el diagnóstico de hernia inguinal, si á la par comprueba la integridad ó poca deformación del trayecto inguinal (y esto ocurre en la inmensa mayoría de los casos), y el enfermo rehusa la operación cruenta con la aplicación racional de un buen braguero, sabe el que se haya tomado la molestia de leer este pequeño trabajo que puede contar con cerca de un 4 por 100 de probabilidades de curación.

Con la aplicación de un braguero, ¿cómo se efectúa la curación de las hernias inguinales?

Lo esencial para la aplicación del braguero, no tan sólo como medio de contención, si que también de curación, debe consistir en que la pelota del mismo esté constituida de tal modo que incluya todo el conducto inguinal, ó sea que la presión que la misma verifica sea uniforme é igual en toda la extensión del trayecto inguinal, puesto que tal como están constituidos los bragueros por la generalidad de los constructores, ocurre que dicha pelota únicamente verifica presión sobre el anillo inguinal externo, dejando libre de presión el interno; y en estas condiciones, la hernia no queda perfectamente contenida. El mecanismo de curación me lo ex-

plico de la siguiente manera: la pelota del braguero verifica en todo el trayecto inguinal cierta presión, siempre igual y uniforme, de afuera á dentro; á la vez, la acción de la prensa abdominal actúa de dentro á fuera, lo cual hace que, además de poner en contacto las paredes del saco intrainguinal, como la acción de la presión intraabdominal es muy variable, de aquí que dichas paredes están constantemente sometidas á frotos y roces, que dan por resultado la irritación de las mismas; irritación que la mayor parte de las veces da lugar á engrosamientos de la serosa peritoneal, mientras que otras (las menos) se forman precipitados fibrinosos, pseudomembranas, que cuando determinan adherencias entre ambas hojas y se organizan en tejido conjuntivo dan lugar á soldaduras (peritonitis plástica ó adhesiva) de las paredes del saco, produciendo la obliteración ú oclusión de la luz del mismo, y, por consiguiente, la curación radical de la hernia.

El mecanismo de curación de las hernias inguinales explica el por qué no puede obtenerse en las crurales, umbilicales, etc., puesto que las últimas, no formándose en trayectos oblicuos, como las primeras, hace que la pelota del braguero no pueda hacer contactar las paredes de la serosa, y, sobre todo, la acción de la prensa abdominal; en lugar de cerrar el trayecto, como en el inguinal no deformado, lo que hace es que cuanto más activa, cuanto mayor sea la intensidad de la presión, más tendencia tendrá á abrirlo y á mantenerlo abierto.

Antes de terminar, declaro que no se crea tengo la pretensión de posponer la obtención de la cura radical de la hernia inguinal, por medio de bragueros, á la cura cruenta, puesto que, como ya se habrá observado, casi apenas me he ocupado de los mismos, ni menos he hecho el reclamo de ningún modelo; hasta el punto de que creo que el adelanto científico quirúrgico de un país (en este ramo de la Cirugía) está en relación inversa del número de bragueristas existentes en el mismo, ó sea, á mayor adelanto quirúrgico, menor número de ortopédicos bragueristas. Si esto es cierto, no habla muy bien en nuestro favor, puesto que el número de ortopédicos bragueristas existentes en nuestro país es enorme.

Todos debemos, pues, esforzarnos en educar al público y vencerle de que la cura radical cruenta de la hernia es una operación casi inocua, mientras que dicha afección lleva siempre en sí peligro de muerte para el que la padece, hasta el punto de que

hoy la opinión quirúrgica no acepta lo que decía Trélat de que se operasen las hernias que no fueran completamente, constantemente y fácilmente contenidas; así como tampoco la fórmula de Lefort por errónea y falsa, de que todo cirujano puede y debe curar mediante un braguero, todas las hernias inguinales en sujetos menores de quince años, sino que la existencia de una hernia inguinal, excepto en las primeras edades de la vida (hasta los dos años), cualquiera que sean los caracteres que ésta pueda presentar, constituye siempre indicación de operar.

El procedimiento de elección que se sigue en mi clínica para el tratamiento cruento de las hernias inguinales, es el de Bassini. Este procedimiento, conocido de todos y empleado por la inmensa mayoría de los cirujanos, estoy autorizado por haberlo visto poner en práctica á un buen número, que no todos lo practican debidamente.

Para hacer el Bassini puro, sin desplazamiento del cordón, y también cuando se verifica este desplazamiento, es condición indispensable, después de haber aislado por disección el saco abierto ó sin abrirlo, aunque yo soy partidario de abrirlo siempre y en todas ocasiones, para tener la seguridad de que no existen adherencias del epiplón ó de alguna asa intestinal, vísceras las más frecuentemente herniadas con el cuerpo y, más principalmente, con el cuello del saco, puesto que de existir dichas adherencias, que pueden pasar fácilmente desapercibidas si no se tiene la precaución de abrir el saco; al hacer la ligadura del cuello del mismo, puede comprenderse ó interesar dichos órganos; y menos mal cuando la ligadura recae en el omento mayor, pues si es el intestino, pueden sobrevenir oclusiones ó estrangulaciones del mismo con resultado funesto; ligado el pedículo y escindido al ir á reconstituir la pared posterior, precisa coger con pinzas (mejor de Pean que no de Kocher), por ser los bocados de las primeras más anchos, lo cual permite verificar mejor la tracción de dicho labio aponeurótico para ponerlo tenso y ranversarlo hacia abajo y afuera, y también porque lastiman menos el tejido, permitiendo esta pequeña maniobra separar facilísimamente por disección obtusa, bien con las puntas de unas tijeras curvas cerradas y mejor con la sonda de Kocher ó los dedos el tejido celular y la fascia transversales, para poner bien al descubierto tenso y á la vista el ligamento de Poupart, y poder hacer la sutura desde el borde inferior de los

músculos oblicuo menor y transverso al ligamento de Falopio.

Si no se tiene esta precaución de coger con pinzas dicho labio aponeurótico y ejecutar la maniobra descrita al ranversar hacia abajo el referido labio, como se hace comúnmente sin la aplicación de pinzas, se forma un pliegue brillante que fácilmente se confunde con el ligamento de Poupart, y para evitar semejante confusión es conveniente también no fiarse tan sólo de la vista; hay que poner á contribución además el sentido del tacto, siendo la punta del dedo índice de la mano izquierda el guía más fiel y que da más seguridad y garantía de que se engancha ó perfora con la aguja enhebrada con soda ó catgut el verdadero ligamento, y no el pliegue aponeurótico antes mencionado.

Además, tiene la ventaja el fijar con pinzas ese labio aponeurótico, puesto que tirando de las mismas la mano del ayudante que las sostiene separa algún tanto el contacto que con el referido ligamento tienen los vasos femorales, evitando con ello el peligro de ser heridos con la aguja. He sido testigo de un hecho de esta naturaleza: un célebre cirujano de esta capital, operando una cura radical de hernia inguinal derecha por el procedimiento de Bassini, tuvo la desgracia, al reconstituir la pared posterior, de pinchar la vena femoral; y aunque de momento cohibió la hemorragia, fué con daño de la extremidad abdominal correspondiente, puesto que cinco días después tuvo que proceder á la amputación de la referida extremidad por el tercio inferior del muslo, efecto de haberse presentado la gangrena en dicho miembro con síntomas generales alarmantes.

Punto muy interesante, aunque no es exclusivo del procedimiento de Bassini, sino que es común á todos los procedimientos de cura radical de las hernias inguinales, es la manera de proceder con el cuello ó pedículo del saco. Algunos cirujanos, ateniéndose á lo que hace ya muchos expuso Lucas Champónier, que los dos requisitos principales que exigía una buena cura radical de hernia inguinal consistían: 1.º, en la ligadura alta del cuello del saco; y 2.º, en la reconstitución lo más perfecta posible de las paredes, con objeto de llevar lo más alto posible el pedículo sacular, que al ligar éste dejan los cabos de los hilos largos, los cuales son cogidos con pinzas, que los conducen subperitonealmente por fuera y arriba del anillo inguinal interno, practican en este sitio una pequeña abertura ú ojal en busca de los hilos cogidos por los bocados de la

pinza, haciendo pasar éstos á través de la fascia transversalis, músculo transverso, oblicuo menor y oblicuo mayor, y tirando de los hilos aparece á la superficie de la aponeurosis del oblicuo mayor el cuello del saco, el cual suturan á dicha aponeurosis.

La idea que preside en los cirujanos que practican esta maniobra es la de evitar que no quede ningún infundíbulo frente al anillo inguinal interno que sirva de cebo para la formación de un nuevo saco y, por consiguiente, la reproducción de la hernia. En teoría, esta manera de proceder es de una lógica contundente. Pero ¿ocurre así en la práctica? No titubeo en contestar rotundamente que no. Analicemos los hechos: llévese el cuello del saco tan alto como se quiera, que luego después, al actuar la acción de la prensa abdominal, hará deslizar el peritoneo parietal, volviendo dicha serosa á revestir el anillo inguinal interno; en una palabra, á ocupar la situación anatómica que normalmente le corresponde. Esto no quiere decir que en algunas ocasiones no sea conveniente recurrir á esta maniobra; pero hacerlo siempre por sistema creo que no hay ninguna necesidad, teniendo además, si bien como peligro algo remoto, si se quiere, pero real, de herir la epigástrica al practicar la abertura ú ojal á través de la pared músculo-aponeurótica del abdomen, lo cual significa un percance sin importancia si el cirujano se apercibe de la herida de dicho vaso en el momento operatorio, pero que puede ser funesto y costar la vida al operado (como conozco algún caso) cuando pasa desapercibido. En mis operados de hernia inguinal, cuando practico el Bassini, que es la inmensa mayoría de las veces, procuro disecar y aislar perfectamente bien el cuello del saco, lo cual permite que, tirando del mismo, baje por deslizamiento el peritoneo parietal, que se continúa con el cuello; permitiéndome esta pequeña maniobra hacer la ligadura muy alta, sin temor de que quede ningún infundíbulo de peritoneo en el anillo inguinal interno que pueda hacer temer la reproducción de la hernia.

Entre mis 28 casos operados en mi clínica de cura radical de hernia inguinal que figuran en la estadística, y otros operados en otros hospitales y en clientela particular, no siempre me ha sido posible hacer la ligadura del cuello del saco en la forma descrita, pues todo operador que lleve algunos años de práctica sabe perfectamente bien que en algunas ocasiones es imposible, ni aun empleando la disección más fina, separar el cuello del saco del cordón

por alteraciones anátomo-patológicas de dichos órganos, lo cual hace que formen un todo continuo por adherencias de la serosa á los elementos del cordón, y en estas condiciones, si se pretendiera hacer la ligadura del cuello del saco tal como yo la recomiendo ó bien con la maniobra de Parker, que sistemáticamente practican otros cirujanos, sería comprendiendo en la misma el cordón; y como no tenemos autorización más que para practicar la cura radical de la hernia, pero no para castrar al individuo, en estos casos está recomendado, y esta es la norma de conducta que he seguido para la oclusión del cuello del saco, hacer una sutura en bolsa del cuello, cargando mayor ó menor cantidad de tejido celular propio del cordón que está en íntima conexión, pegado, mejor dicho, á parte de la serosa que constituye el cuello del saco. Esta modalidad suele hallarse con alguna frecuencia en las hernias congénitas; pero estas adherencias no creo se deben, como se desprende de lo que conocemos hoy acerca de la formación congénita del saco en dichas hernias, á una relación anatómica normal, sino á procesos inflamatorios asépticos determinados por roces, contusiones, y mayormente por el uso del braguero. Si se examinan bien los casos en los cuales existen las adherencias dichas entre la serosa del cuello del saco y del cordón, y en algunas ocasiones de toda la serosa del cuello y cuerpo del saco con el cordón, por un operador avezado ó curtido en esta clase de intervenciones, y que además tiene un conocimiento cabal de las relaciones anatómicas que guardan los órganos contenidos normalmente en el canal inguinal, y los que congénita ó patológicamente toman dicho sitio como domicilio, se verá que todos ó casi todos ellos, durante un tiempo más ó menos largo, han hecho uso de braguero, y la acción de este medio ortopédico, debido á la presión que ejerce la pelota sobre el contenido del canal inguinal, despierta fenómenos irritativos éntre los elementos del cordón y la serosa sacular, provocando en ocasiones la unión ó fusión íntima de estos órganos.

Entre los 28 operados de hernias inguinales que figuran en la estadística, en unos pocos casos, creo que son cuatro, he usado el procedimiento último de Kocher de invaginación del saco. Aunque en alguna época estos dos procedimientos más usuales de cura radical de las hernias inguinales (Bassini y Kocher) se han disputado la supremacía y el favor de los operadores, hoy día creo que la opinión quirúrgica ha emitido su fallo, aceptando preferentemente

la inmensa mayoría de los cirujanos el Bassini. Además, este último procedimiento no tiene limitación; puede practicarse en todos los casos, cualquiera que sea la variedad de hernia, condiciones de resistencia de las paredes, deformaciones y acortamientos del conducto inguinal, edad del individuo, adherencias más ó menos fuertes intrasaculares, etc. En cambio, el Kocher, tanto el procedimiento primitivo como el último de invaginación del saco, sus indicaciones son más limitadas, no siendo posible practicarlo en aquellos casos en que no existe más que una punta de hernia ó bien cuando ésta es intravaginal, siendo sumamente difícil en la variedad de hernia congénita con ectopia testicular, y cuando existen adherencias parietoviscerales é interviscerales en los órganos contenidos en el interior del saco, siendo su resultado muy aleatorio en las hernias que se conocen comúnmente con el nombre de hernias de debilidad, y que casi siempre se reproducen. Los únicos casos en los cuales creo que se puede usar el Kocher con esperanza de éxito son aquellos cuyas hernias recaen en individuos jóvenes con paredes resistentes sin acortamiento del trayecto inguinal, y con hernia inguinopúbica ó bubonocele. El *modus faciendi* de todos es conocido: se incide la piel y tejido celular, siguiendo la dirección del canal inguinal hasta la aponeurosis del oblicuo mayor; descubierto el anillo inguinal externo, se va en busca del cordón como guía ó punto de referencia para descubrir el saco; se disecciona éste y se aísla como si fuera un quiste, lo cual resulta fácil y sencillo cuando no hay adherencias perisaculares; mientras que cuando éstas existen precisa un trabajo de disección un poco entretenido, pero que es indispensable y fundamental hacerlo por completo; conseguido esto, abro siempre el saco por su extremo distal para asegurarme que no existen adherencias intrasaculares, y con una pinza medianamente larga (que se conoce con el nombre de pinza de hernia de Kocher) pinzo este extremo del saco y se introduce dentro del mismo, invaginándolo á manera de un dedo de guante, haciendo de modo que la punta de la pinza venga á contactar por encima del anillo inguinal interno, en cuyo sitio, con el bisturí, se hace una pequeña incisión sobre la aponeurosis del oblicuo mayor y de la masa carnosa del oblicuo menor y transversal, y apretando con las ramas de la pinza que tiene invaginado el saco, sale fácilmente por la pequeña incisión practicada la punta de dicha pinza en unión del saco.

Es conveniente, antes de atravesar el peritoneo parietal con la pinza, incidir con cuidado el peritoneo parietal y mantenerlo cogido con pinzas de Kocher, para poder practicar la sutura de peritoneo con peritoneo, ó sea del peritoneo parietal con el peritoneo del saco, aplicando últimamente unos cuantos puntos de sutura en masa, comprendiendo entre los mismos todo el espesor de la pared para cerrar completamente el cuello del saco, haciendo últimamente la plegadura de la aponeurosis del oblicuo mayor paralela al canal inguinal, teniendo cuidado, al ejecutar esta última sutura, en no ahondar demasiado la aguja para no interesar ó comprender entre los puntos de la misma el cordón.

Aparte de la limitación que tiene el procedimiento de Kocher, uno de los inconvenientes más serios y graves que le encuentro, y con el cual puede tropezar el cirujano más experto, aun en los casos de hernias ideales, es de que al hacer presión la punta de la pinza que tiene invaginado el saco de la pared ventral para que sirva de guía para practicar la incisión en dicha pared, puede coger un asa intestinal y ser ésta interesada al hacer la incisión en la pared. Podría citar casos prácticos para demostrar que este peligro existe, que es real, y que no se trata de un temor pueril y sin fundamento.

DR. ANTONIO SOLDUGA,

Subinspector Médico de 2.^a

(Continuará.)

ATENEO DE SANIDAD MILITAR

Extracto de la sesión celebrada el día 11 de Febrero de 1916.

Abierta la sesión, el Secretario, *Sr. García Sierra*, manifiesta que, habiendo sido encargado el Médico primero *Sr. Ferratges* de una comisión del servicio para el extranjero, y ante la probabilidad de que esta comisión se prolongue, procedía el nombramiento de Secretario de actas, cargo que quedaba vacante al tener que ausentarse de esta Corte el *Sr. Ferratges*; propone al Ateneo sea nombrado el Médico primero *D. Jesús de Bartolomé Relimpio*, y, aceptada la proposición, lo es proclamado por unanimidad.

Puesta á discusión la comunicación del *Sr. Picó*, el Presidente, Sr. Fernández Garrido, concede la palabra al *Sr. Sierra*, el cual, después de felicitar al conferenciante por su brillante comunicación, dice que su criterio es completamente distinto en lo que se refiere al levantamiento de los heridos, como así lo tiene manifestado en una obra de que es autor; que algunos de los procedimientos son inadmisibles, por no contar con un personal educado para ello; y aun en el supuesto de que lo fueran, lo serían de un modo mecánico, por decirlo así, pero nunca técnicamente para saber de manera científica coger los heridos, según la clase y el sitio de sus lesiones; en lo que respecta á los medios de transporte, cree irrealizables algunos de los descritos, principalmente los de á caballo, porque con ellos no se cumplen las reglas dadas por la Cirugía; y, por último, se lamenta de que el Sr. Picó no se haya ocupado con más detenimiento de todo lo referente á trenes y buques hospitales.

El *Sr. Relimpio* agradece efusivamente las frases encomiásticas con que ha sido aludido por el disertante, y hace constar que interviene en la discusión para corresponder á la atención de aquél en su requerimiento á todos los compañeros, á fin de oír su opinión acerca de la organización de la ambulancia sanitaria.

Entiende que la comunicación del Sr. Picó, á más de los méritos que la avaloran, une el de ser oportunísima en las presentes circunstancias; pues si bien los datos de los actuales frentes de combate son todavía muy incompletos y susceptibles de sufrir modificaciones, éstos no han de ser tan esenciales que no permitan ir formando un cuerpo de doctrina de enseñanzas útiles para el porvenir; porque dependiendo siempre la cifra total de bajas de los elementos de combate, de sufrir éstos alguna modificación será en el sentido aumentativo de muertos y heridos en una menor unidad de tiempo; por lo que cree que la organización de la ambulancia ha de ser de tal manera, que pueda responder en primer término á las diversas contingencias de la campaña, sea de la índole que fuere, y que ha de estar siempre en consonancia con los principios tácticos puestos en práctica por los ejércitos beligerantes.

Disertó acerca de las incidencias del combate cuando es guerra de guerrillas, de posiciones ó de asalto y defensa de trincheras, estudiando el número y clase de heridos que habrán de presentarse según los medios puestos en juego y la participación que las armas

generales vayan tomando en las distintas fases de la lucha, á todo lo cual la ambulancia tiene forzosamente que adaptarse; ésta ha de responder también de un modo primordial á su misión propia y especial en lo que al papel quirúrgico se refiere, y, en este concepto, la necesidad ante los fracasos en la presente guerra europea ha hecho modificar radicalmente las ideas reinantes en cirugía militar, cuyo ideal era obrar lo menos posible en los primeros escalones sanitarios, excepto en casos de extrema urgencia; el seguirlo ha sido correr el riesgo, casi seguro, de la muerte del herido.

Con este motivo se extiende en consideraciones sobre el personal y material sanitario, estudiando las condiciones que ha de reunir el primero, dada la misión que tiene que cumplir, que ya no será la de la abstención, sino la de intervenir lo más cerca posible de la línea de fuego, por cuya razón cree que las nociones de cirugía de urgencia que todo Médico militar está obligado á saber deben convertirse en verdaderos estudios de especialidad, para aumentar así el número de cirujanos, que aunque completísimos los hay ya en nuestro Cuerpo, no serían suficientes á buen seguro para subvenir á las necesidades de una campaña moderna; el personal de Plana menor debe ser numeroso, debiendo estar encargado, por una parte, de la recogida de heridos en la misma línea de fuego, sustituyendo al personal regimental, lo que tendría una doble ventaja: la de contar con un personal apto y competente, y la de no distraer á hombres cuya misión es otra muy diferente, aparte de las dificultades que entraña siempre el no poder comprender éstos la especial misión que les está encomendada.

Después de hablar del material, considerado en su doble aspecto de transporte y de alojamiento, para constituir dos grupos que integren la unidad sanitaria en su doble papel evacuador y quirúrgico, describió á grandes rasgos el funcionamiento de la Ambulancia; siendo de opinión que los puestos de socorro debieran ser una avanzada de ella, servidos por Oficiales Médicos de la misma; porque mientras subsista un Médico por batallón, éste no puede atender debidamente, ni mucho menos multiplicarse, para auxiliar al gran número de heridos que en cualquier acción, y dados los elementos modernos de guerra, tiene que haber; que en dichos puestos de socorro podrían ser curados superficialmente todos los heridos, y clasificados en dos grupos: los que por la naturaleza de las lesiones hubieran de ser intervenidos en la Ambulancia (heri-

dos por proyectiles de cañón, en general, y de éstos y por fusil ó ametralladora, en vientre y cráneo), y aquellos otros que sin pasar por ella tuvieran que ser transportados directamente á la llamada columna de evacuación; ésta debe estar ligada íntimamente con la Ambulancia y bajo un mando único, en vista de los fracasos observados en las últimas y en la actual campaña europea, por aprovechar los convoyes que han llevado á los combatientes víveres y municiones que, además de no estar condicionados para ello, los heridos son llevados, no á los sitios que conviene, sino á las localidades donde aquéllos tengan que aprovisionarse de nuevo»; y terminó citando los grandes resultados que en el frente occidental están obteniendo los franceses con la denominada Ambulancia quirúrgica del frente, tanto en la estadística de intervenciones como en la rapidez con que son evacuados, gracias á determinado número de automóviles ligeros que van afectos á ella y que permiten, por su condicionamiento, trasportar hasta heridos recién operados.

El Sr. Potous felicita al Sr. Picó por la elección del asunto de su conferencia, ya que los medios de transporte en general, y muy particularmente los empleados para conducir las bajas en las fuerzas de caballería, ofrecen obstáculos y deficiencias en la práctica, y con mayor motivo en las guerras modernas, en que se multiplican los medios de destrucción.

Señala los principales medios de transporte usados por la Sanidad Militar en campaña, deteniéndose en el estudio del *travois*, empleado en los Estados Unidos con buen éxito. Cree preferible que las bajas sean recogidas en último término por los camilleros y las ambulancias después de terminado el combate, ó durante el combate progresivo, aprovechando los intervalos de calma. Se lamenta de que el progreso en la aviación no haya alcanzado á los servicios de Sanidad Militar en la actual contienda europea, á pesar de las cuantiosas primas ofrecidas poco tiempo antes de la guerra á los constructores y del celo desplegado por las Comisiones nombradas al efecto en los ejércitos de las naciones hoy en lucha. Extiéndese en consideraciones acerca del servicio de los automóviles, trenes sanitarios y buques hospitales, y al tratar de los perros sanitarios entiende debe dárseles la importancia que en otros países, no solamente en cuanto á la adquisición de ejemplares, sino á los dispendios y perseverancia que exige su educación especial, citando los resultados obtenidos en las perreras sanita-

rias, que con su campo de experiencias hay establecidas en Fontainebleau.

El *Sr. Iñigo* duda de la aplicación realmente práctica que puedan tener algunos de los medios ó procedimientos señalados; y con respecto al aparato ideado por el *Sr. Picó*, entiende que adolece del defecto de todos los que se destinan al transporte por una sola persona: que hay que contar con una energía física nada común y muy poco frecuente en los que pudieran ser designados para esta misión.

El *Sr. Cebrián* dirige frases de alabanza al comunicante; pero cree que ha pecado de deficiente al exponer el tema que motiva su disertación, puesto que no ha hablado nada acerca del transporte por vía fluvial y marítima; entiende también que debiera haberse ocupado de los diferentes medios que haya que emplear en los distintos puntos del campo de batalla; menciona las dificultades de todos los procedimientos, y enumera algunos de los adoptados en la Marina española, que, considerados como buenos para el transporte en los barcos, resulta que son impracticables, teniéndose que reducir en la mayoría de los casos al simple transporte á brazo; se extraña de la omisión del *Sr. Picó* en lo referente á recogida de heridos en países montañosos, citando la camilla «tungo», propia para estos casos, y que ha dado excelentes resultados; hablando de transportes fluviales, dice que no pueden reglamentarse, y que hay que utilizar los medios empleados corrientemente; termina haciendo amplias consideraciones históricas y técnicas sobre los buques-hospitales.

El *Sr. Presidente* levantó la sesión, por haber transecurrido las horas reglamentarias.

El Secretario de actas,
J. DE BARTOLOMÉ RELIMPIO

V A R I E D A D E S

En la gran revista militar celebrada á fines del mes pasado en Tetuán, á la que acudieron todas las fuerzas disponibles de la División de Ceuta, llamaron justamente la atención las ambulancias presentadas con elementos de montaña, catorce coches Lohner y

Se encuentran muy mejorados de las lesiones sufridas á consecuencia del vuelco de un automóvil, en el que viajaban por el territorio, de Melilla en acto del servicio, los Médicos militares Sres. Giner, Argüelles y Martínez Zaldívar (D. Tomás).

El Sr. Argüelles, que sufrió la luxación de una rodilla, se encuentra todavía guardando cama.

Celebraremos su pronto y total restablecimiento.

*
*
*

En el presente curso Académico concurren á las Clínicas de los Hospitales de Barcelona los Médicos primeros siguientes:

Sres. González Rico y Pérez Alvarez, á la Clínica de Dermatología del Dr. Peyri (Hospital Clínico).

Sres. Gil Acevedo y Elcarte, Medicina interna, Clínica del doctor Esquerdo (Hospital de la Santa Cruz).

Sr. Minguillón, Cirugía y Operaciones clínicas de los Dres. Raventós y Ribas.

*
*
*

Ha sido nombrado para la asistencia del Jalifa de nuestra zona de influencia en Marruecos, el Médico mayor del Hospital de Tetuán D. Alfredo Pérez Viondi, á quien se le ha asignado para este servicio una gratificación de 250 pesetas mensuales.

*
*
*

La Comisión nombrada para recaudar fondos para el homenaje al Excmo. Sr. Inspector D. Francisco Coll Zanuy, nos ruega hagamos presente á cuantos han manifestado su conformidad con el mismo, y no han remitido aún la cuota, lo hagan á la mayor brevedad posible; pudiendo adelantar á nuestros lectores que lo recaudado hasta hoy supera al importe de los títulos á que la circular se refiere, habiendo rogado el Inspector Sr. Coll, con generosidad y alteza de miras, que le honran sobremanera, no se le dedique ningún recuerdo, dedicándose el sobrante de la recaudación al Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción.

La Comisión hace presente, por nuestro conducto, su más profundo agradecimiento á cuantos han contribuido á obra tan simpática y altruista.

Ateneo de Sanidad Militar.

El lunes 27 del actual celebrará sesión científica esta Corporación. Se empezará á discutir la Memoria presentada por el señor García Sierra, acerca de «La tuberculosis en el Ejército español», y el Médico primero Sr. Jurado disertará acerca de «El bacilo de Koch».

Los trabajos anunciados sobre tuberculosis en el Ejército por el orden que han de ser desarrollados, son, además de los ya expuestos, los siguientes:

«Pretuberculosis y tuberculización en el Ejército»; Médico mayor Sr. Rubiano.

«Algunas consideraciones sobre la etiología de la tuberculosis pulmonar en el Ejército»; Médico mayor Sr. Potous.

«Los rayos Roentgen en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar»; Médico mayor Sr. Costa.

«Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar»; Médico primero Sr. Relimpio.

«Característica clínica de la tuberculosis pulmonar en el Ejército»; Subinspector de segunda D. Venancio Plaza.

«Los Sanatorios antituberculosos militares»; Médico primero Sr. Juarros.

Además explanarán temas, como encargados de las Secciones de Farmacia y Veterinaria militar, el Farmacéutico mayor señor Ubeda y el Veterinario primero Sr. Huertas, así como tratará de cuanto se refiere á este asunto en la Marina de guerra el Médico mayor de la Armada, D. Nicolás Gómez Tournel.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

La electrización directa de los troncos nerviosos en el curso de las intervenciones, por parálisis traumáticas.—M. André Leri ha electrizado sistemáticamente los nervios descubiertos en el curso de las intervenciones (72 nervios), comprobando que las *adherencias*, por duras, apretadas y antiguas que

fueren (cinco, seis, siete meses), no interrumpen casi nunca completamente la conductibilidad eléctrica, no destruyendo, por tanto, de una manera completa las fibras nerviosas. De aquí resulta la necesidad de no proceder en estos casos á resecciones nerviosas, y también la noción que, contra una opinión muy

extendida, no es nunca demasiado tarde para operar.

Según estas investigaciones, parece bien cierto que el influjo motor pueda restablecerse á través de un nervio que, aunque estrechamente, conserva todavía en un gran número de fibras su vitalidad y su conductibilidad eléctrica.

En los casos de secciones «continuas», es decir, en las secciones en las cuales los dos extremos del nervio están reunidos por una membrana ó un cordonete, que macroscópicamente no presenta el aspecto de un nervio normal, la reacción eléctrica ha sido siempre nula, como en las secciones «discontinuas», debiendo researse la membrana intermedia para poder reaproximar y suturar las dos extremidades del nervio; sin embargo, estos resultados favorables obtenidos por diferentes autores, conducen hasta en semejantes casos á ser discretos en las resecciones y á no considerar á la membrana intermedia como mala conductora para el restablecimiento de las fibras nerviosas.

Un *neuroma* (ó fibro-neuroma), cuando es lateral, no interrumpe totalmente la conductibilidad eléctrica del tronco nervioso; cuando es central, ó más exactamente total, la interrumpe casi en la mitad de los casos. La electrización farádica directa del tronco nervioso no debe ser descuidada en este caso; pero cuando determina movimientos en el dominio del nervio lesionado, parece contraindicar la resección del neuroma. Dicha electrización dirige en parte el pronóstico: todos los casos en que se ha dejado un neuroma eléctricamente inexcitable no acusan mejoría, y en todos aquellos en los que el neuroma es más ó me-

nos excitable obtienen ulteriormente el beneficio de alguna mejoría.

El conocimiento de esta especie de «clasificación eléctrica» de las lesiones nerviosas, presenta un interés especial en el curso de la intervención; así, la ausencia de reacciones eléctricas ha permitido descubrir en una ocasión una sección lineal, que habría pasado desapercibida seguramente, y en otra descubrir un grueso neuroma que había sido buscado demasiado abajo; inversamente, la existencia de reacciones á la corriente farádica ha impedido ciertas resecciones en el momento en que por el aspecto de las lesiones, parecía que podían ser practicadas sin perjuicio.—(*La Presse Médical*, núm. 28.)—*J. P.*

* * *

Investigaciones experimentales sobre la acción germicida de la «optoquinina» (etilhidrocupreína) sobre el neumococo, por el Dr. Gebb.—Ha comprobado Gebb en sus experimentos que la *optoquinina* en solución al 2 por 100 mata al neumococo en el tubo de ensayo, al 1 por 100 lo mata después de cinco minutos, y al $\frac{1}{2}$ por 100 no tiene esta substancia acción alguna sobre dicho microorganismo aun después de sesenta minutos. La *optoquinina* al 5 por 100 no tiene influencia alguna sobre el bacilo xerosis ni sobre el estafilococo. Se opone al desarrollo del diplobacilo de Morax-Axenfeld, pero sus efectos son mucho menos marcados que el neumococo. Los experimentos sobre ojos de conejo han demostrado que la *optoquinina* posee un poder bactericida evidente: tres gotas de oxicianuro de mercurio al 1 por 5.000, 1 por 3.000,

1 por 1.000 (Elschnig) no destruye el neumococo en el saco conjuntival aun después de veinte minutos, mientras que la optoquinina al 1 por 100 los destruye completamente.

La optoquinina al 1 por 100 determina intensa reacción y sensación de quemazón en la conjuntiva humana, que subsiste durante unos

veinte minutos, fenómenos que desaparecen completamente después de una hora sin determinar la más leve lesión.—(De la Clínica oftalmológica del Dr. Roemer en la Universidad de Greifswald von Graefe's. *Arch. f. Ophth.*, 89, página 29.—*Archivos de Oftalmología hispano-americanos*, Enero 1916.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

El desarrollo de los servicios sanitarios en campaña, especialmente en Alemania, por el Arquitecto F. Voggenberger.—La Escuela de Salermo, fundada en el año 1150, se ocupó ya científicamente de la cirugía de guerra, y en el sitio de Accon (1889-1891) se hicieron instalaciones de tiendas-hospitales por los caballeros de la Orden de San Juan. Ambrosio Paré instaló en 1575 un Hospital militar en el sitio de Metz, otro se edificó en 1597, durante el asedio de Amiens, y las campañas de Luis XIII en Italia dieron lugar a la instalación de no pocos hospitales fijos de campaña, distinguiéndose desde entonces los hospitales móviles que seguían a los Ejércitos de los fijos instalados en sitios seguros, en las vías de comunicación casi siempre.

Durante la guerra de los treinta años se organizaron en Alemania hospitales militares, y el rey Gustavo Adolfo de Suecia se preocupó mucho de organizar los servicios sanitarios. De este tiempo son las primeras enfermeras voluntarias organizadas (hermanas misericordiosas); pero su deficiente instala-

ción y falta de elementos los hacía poco provechosos.

Fué Francia la nación que organizó primeramente estos servicios, y en su reglamento de 1747 se establecía ya el agrupamiento de enfermos de análoga dolencia, separándolos de los restantes, y se ordenaba ya el aislamiento completo de los enfermos contagiosos y venéreos, que no debían tener contacto con los restantes, y las ropas y objetos de estos últimos debían ser de uso especial, y no mezclarse con la de los restantes. Se recomendaba la limpieza y aireación de las salas, y se prohibía emplear los convalecientes como enfermeros.

También en Inglaterra, el General Médico Pringle organizó á mediados del siglo XVIII los servicios sanitarios, ordenó instalar los hospitales lejos de los campamentos y las ciudades, armonizando esto con la obligación de curar pronto y hacer sufrir breves transportes á los heridos. Por último, antes de la campaña de 1742-48, entre el Conde de Stair y el Duque de Noailles, consiguió que los hospitales fueran considerados como ciudades

abiertas y respetados por los enemigos, conducta que en mucho tiempo no encontró imitadores. Cada regimiento organizaba un pequeño hospital móvil, y nota Pringle que en estos hospitales no aparecían las fiebres malignas que se presentaban en los que albergaban muchos enfermos ó heridos. Uno de sus Médicos, Monró, ideó las primeras barracas-hospitales desmontables.

Federico Guillermo I de Prusia organizó cursos especiales para Cirujanos militares, y en 1787 se publicó el primer Reglamento para organizar los servicios de Sanidad Militar. Se recomendaba el instalar á los enfermos en locales aireados, cerca de corriente de agua, y decía: «Cuanto más aislado esté el hospital, y más alejado uno de otro los enfermos, tanto mejor para éstos»; daba reglas muy especiales para la ventilación y calefacción, y recomendaba utilizar en verano cobertizos de madera. Cada tres ó cuatro semanas debían cambiar los enfermos de local, y éstos debían lavarse con agua y jabón, y después con vinagre. En idéntica forma están orientados el Reglamento austriaco de 1782 y el decreto francés para instalación de hospitales de 1794.

Michaelis, á fin del siglo XVIII, basado en la experiencia de las campañas á que había asistido, recomendaba utilizar sólo las barracas para alojar enfermos, y nunca los edificios fijos, y dió buenos medios de ventilación y calefacción combinados. Durante las guerras de principio del siglo XIX tuvieron los prusianos muchos hospitales-barracas, unos móviles regimientales, que exigían enfermos y heridos leves; otros más fijos principales, que no pocas

veces se vieron abarrotados de enfermos y heridos que sufrían un hacinamiento muy perjudicial para su salud.

Sin embargo, las barracas-hospitales instaladas para combatir epidemias, impidieron no pocas veces su propagación á las ciudades. Tal ocurrió en 1805-806 en Cannstatt, y en 1912-13 en Zittan; pero no se pudieron evitar las de Mainz, 1813; Dresde, 1913, y la de Leipzig, después de la batalla de su nombre.

La campaña de 1915 fué mejor preparada desde el punto de vista sanitario; los 42.000 hombres primarios disponían de 6 hospitales móviles, de 200 camas cada uno, y tres fijos, de 1.200 camas, en total 4.800 camas. Las disposiciones dadas en Diciembre de 1913 para la distribución de enfermos en las poblaciones, la pronta instalación de hospitales con barracas y la acertada distribución del personal, que no obstante haber llegado á Bruselas 27.000 enfermos y heridos, procedentes de los combates de Ligny y Waterloo, no apareciera ninguna epidemia en la población civil. Kieser, dice á este propósito que ayudaron á este resultado el tiempo, el no haber enfermedades infecciosas en la población civil, y el no haber quedado mucho tiempo fijas las tropas en ninguna parte, y alaba las ventajas de la evacuación de heridos, diciendo que si algunos pocos sufren, por ello, en cambio, se diseminan los más y se evitan las epidemias. El mal menor, dice, es siempre preferible.

Las ventajas del aislamiento y de los hospitales de barracas informaron el espíritu del Reglamento de enfermos en campaña de 1834, de las modificaciones de 1855 y del

Reglamento de 1863. En este último se entregó á los Médicos militares la dirección de los hospitales.

No estaban tan bien preparados los combatientes de la guerra de Crimea (1854-56), y no hay por qué recordar los desastres sanitarios de esa campaña. Sin embargo, el aislamiento de enfermos y heridos en tiendas y barracas hizo que el Ejército inglés combatiera antes y mejor sus epidemias.

La campaña franco-prusiana fué una prueba más de los desastrosos efectos de la mala hospitalización, que sobre todo en los franceses causó no pocas víctimas.—(*Deut. Mil. art. Zeit.*, 1915, H. 19 y 20.)—*F. G. D.*

* * *

Tratamiento de las heridas penetrantes de vientre en campaña, por el Dr. Brunn.—La diversidad de opiniones entre los Cirujanos, respecto á cuál debe de ser el tratamiento de estas heridas en campaña, depende, á juicio del autor, de las diversas circunstancias en que se han encontrado; pues los datos que suministra la experiencia de la guerra de movimientos no son comparables con los que se adquieren en la guerra de posición. Son distintos en unas y otras los medios de que dispone el Médico, la calidad de las heridas que se observan, el estado en que llegan los heridos, mayor número de heridos graves de vientre que llegan á manos del Médico en la guerra de posición, etc., etcétera.

Ha tratado el autor 14 heridos de vientre en un hospital de campaña, que funcionaba inmediatamente detrás del puesto principal de curación, en la guerra de movimiento, y

62 en guerra de posición, en un hospital colocado unos 5 kilómetros á retaguardia de las avanzadas de Infantería.

Sus conclusiones son las siguientes:

En la guerra de movimiento es fundamental no operar estos heridos; la abstención, el agua, reposo absoluto del tubo digestivo, son las bases del tratamiento. Fuera de los casos en los que hay salida de vísceras, el resultado de la terapéutica expectante es relativamente favorable, y tampoco puede el Cirujano, dado el número de heridos que ingresan y sus medios operatorios, dedicarse con calma y tiempo á cada uno de los heridos de vientre. Esto iría en perjuicio de la gran mayoría de los restantes. De 12 heridos así tratados, perdió 3: uno fué evacuado con fistula intestinal, y los restantes curaron.

En la guerra de posición no deben operarse casi nunca los heridos de la parte superior del vientre. Los demás, en regla general, son operables, igual los heridos por proyectil de Infantería que por proyectil de Artillería, incluso aquellos casos en que, pasadas todas las consideraciones, queda el ánimo indeciso. Su estadística se compone de 62 casos: 9 heridos de la pared solamente y 53 penetrantes. De éstos, no se operaron 42; curaron 21, ó sea el 50 por 100. En 17 casos de los muertos, no había esperanza de curación desde el momento de su ingreso; de los otros, demostró la autopsia, que 2 quizá se hubieran beneficiado de la intervención. De los 11 operados, curaron 2 y murieron 9; de éstos, 4 de obstrucción intestinal consecutiva.—(*D. M. W.*, 1915, núm. 35.)—*F. G. D.*

BIBLIOGRAFÍA

El problema social de la tuberculosis en Madrid.—Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año 1916, en la Real Academia de Medicina, por el Dr. D. José Codina Castellví, Académico de número.

Conocidos son los variados é importantes trabajos con que el Dr. Codina ha enriquecido la numerosa bibliografía de la lucha contra la tuberculosis, algunos de los cuales han sido analizados en esta publicación; ofreciendo hoy el ilustre Académico, como complemento práctico de sus estudios parciales, el trabajo que nos ocupa, producto de una difícil y minuciosa labor analítica.

Los títulos de las cuatro partes en que el disertante divide la materia que explana no pueden ser más expresivos é impresionantes: 1.º Dónde viven los tuberculosos. 2.º Cómo viven. 3.º Cómo se les trata; y 4.º Qué debe hacerse en su favor.

Respecto al primer inciso, se lamenta el autor de que los datos corrientes se refieren á la mortalidad y no al encasillado de los vivos, que tanto facilitaría la confección del *Padrón de los tuberculosos*, del que ofrece un apuntamiento de manifiesta utilidad, recogiendo cifras y proporciones interesantísimas del cuatrienio de 1911 á 1914.

Las deducciones estadísticas permiten afirmar al Dr. Codina que el 60,8 por 100 del total de casas de Madrid, es decir, las tres quintas partes, han albergado tuberculosos; así como que en un 5 por 100 de las calles madrileñas han vivido tuberculosos *en todas sus casas*.

La manera de vivir los fímicos también se presta á tristes consideraciones, en lo que se relaciona con el número de habitaciones, de individuos, cubicación, agua, retretes, camas, etc.

Estudia detalladamente cuanto se hace en Madrid contra la tuberculosis, comentando el rendimiento de la caridad pública, subvenciones oficiales y establecimientos especiales; bienes que, debidamente encauzados, mediante disposiciones urbanas é individuales (que señala con indudable acierto), habían de reportar grandes beneficios á la aminoración de la plaga tuberculosa.

Puede estar satisfecho el laborioso Dr. Codina de su inmejorable trabajo, por el que le felicitamos cordialmente.—*J. P.*

Interpretación clínica de los análisis de orina, diuresis y micción, por el Dr. N. Serrallach.

Los modernos estudios de Urología, ampliamente desarrollados por los perfeccionamientos alcanzados en el diagnóstico clínico y el análisis de laboratorio, veíanse necesitados de una orientación práctica que, al propio tiempo que divulgase entre la clase médica poco versada en la especialidad los principales conocimientos de la misma, facilitase la interpretación del resultado de dichos análisis en la práctica diaria, complementando con visión rápida los elementos aportados á la cabecera del enfermo.

El Dr. Serrallach, muy conocedor de esta preciada rama del diagnóstico, en la que se halla entrenado por el valioso concurso que representa el ser Profesor de Urología en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, amén de otros cargos directamente relacionados con el asunto, ha conseguido llenar aquel vacío en la obra que nos ocupa, dedicada á sentar como base previa de estudio las nociones generales de la nutrición, el conocimiento de la orina normal con sus variaciones volumétricas, la poliuria y oligouria, los cambios de coloración y aspecto de dicho líquido, su sedimento y cuantas características de interés ofrece su composición y alteración, para explanar en último término una precisa pauta que facilite la interpretación de un análisis de orina, según los distintos estados patológicos, resultando en conjunto una obra de gran mérito y utilidad.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 25 Enero . . .—Real orden (*D. O.* núm. 51) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Juan Jáudenes de la Cavada, D. Amador Hernández Alonso, D. Diego Brú Gomis y D. Manuel Arnao Suffo; al Médico segundo D. Manuel Traba Roldán y al Médico provisional D. Francisco Sánchez Bish.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 52) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Cándido Herrero Lacaba y D. Eusebio Martín

- Romo; á los Médicos primeros D. Juan Romeu Cuallado, D. Edmundo Fuentes Serrano, D. José Cogollos Cogollos, D. José Moreno Bastante y D. Abilio Conejero Ruiz, y al Médico segundo D. José Moya Ordóñez.
- 31 Enero. . . — Real orden (*D. O.* núm. 53) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. José Hernández Pérez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 55) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Juan del Río Balaguer y D. Eulogio del Valle Serrano, y al Médico provisional D. Blas Bach Tudela.
- 1 Febrero. . . — Real orden (*D. O.* núm. 56) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. José García Montorio; á los Médicos primeros D. Gaspar Araujo Luces y D. Juan Barcia Eleizegui, y á los Médicos segundos D. Domingo García Doctor, D. Victoriano Pecho Blanco y D. José Barros Sanromán.
- 25 » Real orden circular (*D. O.* núm. 49) dictando reglas para el reconocimiento facultativo de Generales, Jefes, Oficiales é individuos de tropa del Ejército.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 49) desestimando instancia promovida por el Subinspector Médico de segunda clase don Paulino Fernández Mariscal, Jefe de Sanidad Militar de Menorca y Director del Hospital de Mahón, en súplica de pasar á situación de reemplazo voluntario con medio sueldo, y residencia en Melilla, por carecer de derecho á lo que solicita con arreglo á lo dispuesto, y no haber transcurrido un año de su alta para servicio activo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 48) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. Gabriel Romero Landa, excedente en la primera Región, pase en igual situación á la segunda y en Comisión á desempeñar el cargo de Jefe de la Farmacia militar de Sevilla, con arreglo á la Real orden de 22 del actual.
- 28 » Real orden (*D. O.* núm. 49) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:
Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Celestino Almany Aznárez, del Hospital militar de Pamplona, al de Valladolid; D. Enrique Solano Alemany, del Hospital Militar de Valladolid, al de Pamplona.

Médicos mayores: D. Santiago Pérez Sáis, del Hospital militar de Pamplona, al cívico-militar de Santander; D. Juan Roche User, del Hospital cívico-militar de Santander, al militar de Pamplona.

Médicos primeros: D. Manuel Meléndez Castañeda, del Hospital de Tarragona, al primer batallón del Regimiento Infantería de Alava, núm. 56; D. Carlos Crivell Navarro, del Regimiento Infantería de Alava, núm. 56, al Hospital de Cádiz; D. Servando Camúñez del Puerto, del Hospital de Cádiz, á situación de excedente en la primera Región y en comisión al servicio de Aeronáutica militar, para la asistencia del personal de Jefes, Oficiales y familias, con destino en el Aeródromo de Cuatro Vientos.

28 Febrero. — Real orden (*D. O.* núm. 49) disponiendo cambien entre sí de destino los Médicos primeros D. Juan Nuevo Díez y D. Emilio Franco Martín, destinados respectivamente en el primer batallón del Regimiento Infantería de León, núm. 38, y en la Comandancia de Artillería de Melilla.

» » Real orden (*D. O.* núm. 49) disponiendo que los Médicos primeros D. Jacinto Ochoa González, con destino en los talleres de material de Ingenieros y en comisión en el Hospital de Ceuta, y D. Ramón Zorrilla Polanco, de la Academia de Ingenieros, cese el primero en dicha comisión, reintegrándose á su destino de plantilla, desempeñándola el segundo, que continuará en su actual destino de plantilla.

» » Real orden (*D. O.* núm. 50) resolviendo se entienda aclarado el párrafo 3.º del art. 186 del Reglamento para la aplicación de la ley de Reclutamiento para ejercer los cargos de Vocal Médico militar de las Comisiones mixtas de Reclutamiento y encargado de la observación de presuntos inútiles, en el sentido de que la incompatibilidad establecida prohibiendo la reelección durante cuatro años de dichos Médicos militares Vocales de las Comisiones mixtas de Reclutamiento ó encargados de la observación se limitará á cada uno de dichos cargos separadamente, sin que el hecho de haber ejercido uno de ellos incapacite para desempeñar el otro.

29 » Real orden (*D. O.* núm. 50) concediendo la gratificación anual de 600 pesetas, correspondiente á los diez años de

- efectividad en su empleo, á los Médicos primeros D. José Picó Pamies y D. Antonio Sánchez Reyes.
- 3 Marzo....—Real orden (*D. O.* núm. 53) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. José Pastor Ojero y D. Luis Sánchez Fernández; al Médico mayor D. José Castellví Vila; al Médico primero D. Ramón Ruiz Martínez, y al Médico segundo D. Luis Hernández Marcos, correspondiendo la última vacante de esta propuesta á la tercera de ascenso en Subinspectores Médicos de primera y primera de ascenso en Subinspectores Médicos de segunda, Médicos mayores y Médicos primeros.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 53) disponiendo no se formule propuesta de ascensos en la Sección de Farmacia del Cuerpo, en atención á que la única vacante ocurrida por fallecimiento de un Farmacéutico primero corresponde al turno de amortización.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 53) nombrando Secretario del Consejo de Administración del Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción al Subinspector Médico de segunda clase D. Enrique Plaza é Iglesias, que actualmente está en situación de excedente en la primera Región y á las órdenes del Inspector de Sanidad Militar de la misma.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 53) disponiendo cambien entre sí de destino los médicos mayores D. Juan Planelles Ripoll, excedente en Ceuta y en Comisión en el Hospital de aquella plaza, y D. Eduardo Ramos Ordóñez, del Hospital de Granada.
- 8 » » Real orden (*D. O.* núm. 56) disponiendo que por la Brigada de tropas del Cuerpo y por el Parque de Sanidad Militar se facilite á la Academia Médico-Militar el personal, ganado y material necesario para la ejecución de las prácticas en las distintas asignaturas del plan de estudios, como preparación de los generales de conjunto.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 56) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Mariano Anfruns Armengol.
- 9 » » Resolución del Consejo de Guerra y Marina (*D. O.* número 58) asignando la pensión anual de 1.125 pesetas á la viuda del Médico mayor D. José Sánchez Roldán, y la de 1.250 á una huérfana del Subinspector D. Francisco Bertrán Boldú.