

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VI.

Madrid, 1 de Abril de 1916.

Núm. 7.

SUMARIO

Tres casos de afección epididimaria, por el **Dr. J. Romeu Cullado**.—*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 26 de Febrero de 1916*.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica: La disentería en paz y en guerra*—Casos oscuros de lesión nerviosa traumática.—*Prensa militar-profesional: Evolución general de las fiebres continuas (tifoidea, paratifoidea, etc.)*.—*La diarrea en las trincheras*.—*Bibliografía: Comunicaciones científicas del Dr. M. Menacho, presentadas á la IX Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-americana*.—Contribución al estudio de las dismorfias congénitas fisurales del fondo ocular, por el mismo autor.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Abril de 1915.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

TRES CASOS DE AFECCIÓN EPIDIDIMARIA

I

Aprovechando la bondadosa acogida que por su índole, adecuada á nuestro trabajo, pueda dispensarnos esta autorizada publicación, nos permitiremos exponer á la consideración de nuestros atentos lectores y de nuestros ilustrados compañeros tres casos epididímicos, entresacados de los 196 enfermos de *vías génito-uritarias* que durante el trienio 1913-915 fueron tratados en la *Clinica militar del Hospital Civico-Militar de Alcoy*. Claro es que esta exposición, dados nuestros escasos medios intelectuales, habremos de hacerla sin pretensiones técnicas ni literarias de ninguna clase, y sólo teniendo en cuenta lo curioso é interesante de dichos casos, tan poco frecuentes en el campo de la Cirugía uro-genital, y por contribuir, siquiera en parte, al acerbo común de la ciencia médico-social, que tantos beneficios reporta á la Humanidad.

EUMALT (Extracto de malta purísimo.) Véase el anuncio de la última página verde frente al texto.

El primer paciente, como los otros dos, de lesión epididimaria, era soldado del Regimiento de Infantería de Vizcaya, núm. 51, de guarnición en la ciudad precitada; llamábase Salvador Herrando Peig, había nacido en Benifairó de Valldigna (Valencia), ingresado en el Hospital en Junio de 1913, siendo su historia clínica anterior, según versión del propio interesado, la siguiente: En Diciembre de 1912 operáronle en el Hospital militar de Madrid-Carabanchel un fimosis que padecía desde su nacimiento, así como también aplicáronle por dos veces, y vía intravenosa, el 606 poco tiempo después. En Abril del año siguiente presentósele una blenorragia con carácter agudo, que al parecer fué tratada con éxito satisfactorio por de pronto, mediante lavados uretrales de permanganato potásico; dolencia que se le reprodujo en su pueblo una vez licenciado, y que el individuo en cuestión procuró combatir por medio de los mismos lavados antisépticos, hasta que fué nuevamente llamado á filas, incorporándose á su Regimiento en Alcoy, en el mes de Junio del mismo año, ingresando en la clínica acto continuo de su incorporación y en la fecha ya repetida, después de haber sufrido durante los cuatro días anteriores, y de un modo progresivo, un dolor y una hinchazón de cierta intensidad en el escroto izquierdo.

Examinado atentamente, observamos que el epidídimo izquierdo presentaba una tumefacción acentuada en la cabeza del mismo, del tamaño de una nuez, por lo que diagnosticamos una *epididimitis blenorragica aguda izquierda*, que fué tratada al principio con fomentos húmedos calientes, después con pincelaciones de guayacol y, últimamente, con fricciones de unguento de colargol y además ingestiones de salicilato sódico.

Como resultado de dicho tratamiento, fué dado de alta para el servicio veintitrés días después.

Esto no obstante, á la semana siguiente reincidió la dolencia con nuevos caracteres que agravaron la misma, tales como dolor en el escroto izquierdo con irradiación inguinal y mayor amplitud en su hinchazón anterior, á consecuencia, sin duda, de una fatiga excesiva soportada en actos del servicio; síntomas y aspectos que confirmamos en nuestra exploración, además de observar los si-

EUMALT (Extracto de malta purísimo.) Véase el anuncio de la última página verde frente al texto.

guientes por el tacto: todo el epidídimo izquierdo tumefacto, duro y dolorido, hinchazón de toda la región testículo-escrotal; por todo lo cual hicimos el diagnóstico de *peri-orquitis serosa* con *epididimitis* de naturaleza idéntica á la anterior, que nos propusimos conjurar valiéndonos de unturas escrotales de vaselina ictiolada, régimen lácteo, laxantes periódicos y reposo absoluto.

Más adelante, y á fin de obtener un resultado más rápido, provocamos una emisión sanguínea local, mediante la aplicación de algunas sanguijuelas, que, en efecto, y gracias á dicha derivación, produjo el alivio que esperábamos y que motivó nuevamente el alta del historiado, no sin persistir la induración del epidídimo, que obligó el uso del suspensorio de Langlebert para comprimir y sujetar la bolsa escrotal.

Veintitantos días después ingresó nuevamente por tercera vez en el Hospital con los siguientes síntomas, deducidos de la consiguiente exploración; una tumefacción dura que comprendía la masa epididimaria y el conducto deferente, formando este último un cordón rígido, fuerte, abultado y doloroso al tacto, con lengua saburrosa y 38° de temperatura. Diagnosticamos: *epididimitis subaguda con funiculitis concomitante*, y en su consecuencia se le prescribió aislada y sucesivamente un purgante, régimen lácteo, y, por si pudiera ser de naturaleza sifilítica, las inyecciones intramusculares de aceite gris y además reposo en cama; después, localmente, aplicaciones diarias en el escroto de la región epididimaria de vaselina guayacolada al 20 por 100, con una posterior prescripción de yoduro potásico, en dosis conveniente para favorecer la resolución de la epididimitis.

En efecto; el enfermo mejoró algún tanto, atenúandose el dolor, desapareciendo la fiebre, aunque quedando algo sensible el epidídimo y conducto deferente, y, por último, rebajada la tumefacción de dichos órganos.

Dada la tenacidad manifestada por esta afección, y á fin de atenuarla mediante derivaciones, intentóse provocar una reinfección de la uretra posterior por medio de inyecciones uretrales de nitrato de plata al 2 por 1.000, de masaje externo y de sesiones de dilatación uretral, para obtener la expresión de las glándulas ure-

EUMALT

(Extracto de malta purísimo.) Véase el anuncio de la última página verde frente al texto.

trales y la salida de los gonococos, intento que resultó infructuoso por la ausencia absoluta del flujo.

Una vez desaparecidas las manifestaciones agudas de esta dolencia, recurrimos á la electrización, ó sea la aplicación de la electricidad galvánica en el epidídimo inflamado, para prevenir nuevos brotes inflamatorios en dicha región. Al efecto, y durante quince días, sufrió el doliente corrientes continuas de diez miliamperios de intensidad y diez minutos de duración, aplicándosele el electrodo positivo en la región lumbar y el negativo al nivel del epidídimo.

Este último tratamiento influyó muy principalmente en la curación casi completa y definitiva de este sujeto, obteniéndose la resolución de dicho proceso morboso al extremo de facilitarle el alta correspondiente.

II

El segundo caso de epididimitis de los tres que tratamos de describir fué de índole tuberculosa, que recayó en el soldado José Company Ripoll, natural de Játiba, provincia de Valencia, ingresado en el Hospital en Octubre de 1914. Dicho individuo presentaba un temperamento linfático, constitución débil, pero aspecto excelente. Interrogado escrupulosamente á su ingreso en la clínica, manifestó su inveterada predisposición á las anginas catarrales, y la repentina aparición (seis meses antes) de un pequeño tumor duro é indoloro en el testículo derecho, tumor que paulatina é insidiosamente fué aumentando de volumen, hasta que poco tiempo después observó el propio interesado que el repetido tumor se ablandaba y abría más adelante, supurando un pus rojizo, á la vez que tenía algo de escozor durante tal proceso.

Días después propagóse la inflamación al testículo izquierdo, también con supuración de pus por la piel, en su último período. En virtud de todo lo cual y de la persistencia de la expresada supuración por los dos trayectos fistulosos, decidióse á someterse al tratamiento facultativo.

Concienzudamente explorado el individuo en cuestión, se le apreció por el tacto un núcleo duro que invadía en masa el testículo y epidídimo derechos; otra tumefacción de igual dureza, que interesaba aisladamente el epidídimo izquierdo (dejando, por lo

tanto, íntegro el testículo del mismo lado); dos fistulas escrotales con orificios delgados y aureola rojo-violácea, de los cuales salía un líquido seropurulento. En su vista, diagnosticamos lo siguiente: *orquiepididimitis tuberculosa derecha crónica supurada y epididimitis izquierda* de idéntica naturaleza.

En su consecuencia, se le propinó diariamente en la cavidad de los focos epididímicos una inyección de éter yodofórmico al 5 por 100 y otra hipodérmica de cacodilato de sosa en solución al 5 por 100, como agente hiperleucocitario, también diaria, además de la consiguiente sobrealimentación. No obstante lo cual, y dada la pertinacia de la dolencia, impúsose la ablación de los órganos enfermos, practicándole á instancias encarecidas del mismo doliente la *epididimectomía total izquierda* con extirpación parcial del conducto deferente y con salvedad del testículo.

Durante la operación apreciáronse varios nódulos en una parte de la túnica albugínea, que nos revelaron la presencia de una *albuginitis tuberculosa*, por lo que se extirpó igualmente dicha parte lesionada, encontrando indemne la substancia glandular. Cerramos la herida con hilo de catgut en sutura continua; raspamos las paredes de las fistulas, previamente desbridadas, mas el foco profundo; cauterizamos con cloruro de cine al 10 por 100, y, por último, taponamos con gasa, aplicamos compresas de gasa, algodón y suspensorio, habiéndonos servido al principio de la anestesia clorofórmica.

Con objeto de hacer el consiguiente estudio anátomo-patológico de los órganos extirpados, practicamos una incisión en el epidídimo, evidenciándose la dureza de su periferia, la caseificación del centro y su repleción de un pus blanco y espeso, del cual una pequeña parte recogióse en un portaobjetos desecándole, fijándole y tiñéndole en caliente por el método de Ziehl Nelzen, observándose al microscopio gran número de bacilos de Koch, unos libres en grupos y otros libres aislados; todos ellos más cortos que los ordinarios, siendo, por lo tanto, especie distinta á las corrientes.

En cuanto al examen de la pieza patológica convenientemente preparada, una vez coloreada en frío y examinada al microscopio, pudimos apreciar un tejido embrionario en vías de degeneración caseosa, con células conectivas y numerosos bacilos de Koch. Ambas preparaciones se conservan en este establecimiento en confirmación de nuestro precitado diagnóstico.

Posteriormente continuamos los lavados con agua oxigenada al interior de la herida, y taponamos con gasa yodofórmica, no manifestándose la más leve supuración. También recurrimos con algunos toques á la tintura de yodo, á fin de modificar la herida que, en efecto, días después presentaba francos caracteres de cicatrización.

En este estado, el tratamiento hubo de suspenderse definitivamente, renunciando á practicar la epididimectomía derecha con raspado del foco testicular tan claramente indicada y tan probablemente resuelta, á causa de renunciar el interesado á dicha operación para librarse del servicio militar, por lo que, en efecto y oportunamente, ingresó en la Clínica de comprobación del Hospital militar de Valencia, mediante propuesta reglamentaria.

*
* * *

Manuel Baño Herrero fué el tercero y último de los tipos clínicos de epididimitis que estamos exponiendo, á nuestro entender, más interesante que los otros dos, por el éxito satisfactorio de la intervención quirúrgica á que se le sometió. Natural de Bocairente, provincia de Valencia, era de constitución débil y temperamento linfático, habiendo ingresado en el Hospital á últimos de Noviembre de 1914.

Según manifestación del propio interesado, ni él ni su familia, padecieron enfermedad alguna de importancia; pero dos meses y medio antes de la fecha de su ingreso arriba mencionado, observóse en la región escrotal izquierda una pequeña protuberancia dura y dolorosa que fué lenta y progresivamente aumentando de volumen, hasta sobrevenir, cuarenta días después, una supuración espesa y sanguinolenta tan rebelde, que no le fué posible contrarrestarla con diarias irrigaciones antisépticas que le prescribió su médico.

Una detenida y escrupulosa exploración diónos á conocer una pronunciada tumefacción dura en todo el epidídimo izquierdo, mas dejando íntegro el testículo correspondiente; una fistula en la parte inferior del escroto del mismo lado, que alcanza al testículo enfermo, con un pequeño orificio aureolado de rojo-violeta, del cual fluía un líquido sero-purulento mezclado con sangre, apreciando

además, por el tacto, cierta induración al nivel de todo el trayecto de la fistula.

Estos síntomas nos llevaron á calificar la dolencia de *epididimitis tuberculosa supurada izquierda*, con fistula escrotal, por lo que apelamos á la intervención quirúrgica, que consistió, previa la acción del cloroformo, en una amplia incisión de la abertura fistulosa (desbridamiento); extirpación parcial del epidídimo afecto (*epididimectomía parcial*) y raspado del resto del órgano y de los focos tuberculosos inmediatos que se manifestaban á modo de nódulos en el tejido conjuntivo peri-epididimario.

Las paredes fistulosas presentábanse duras y callosas, y hecho el corte seccional, su aspecto se manifestó análogo al de una castaña cruda también seccionada; igualmente los tejidos vecinos. Procedióse á su raspado y á la cauterización con el termocauterío al rojo. Por último, irrigóse el fondo de la herida, taponándosela convenientemente.

Como cuidados post-operatorios, se practicaron varias curas sucesivas; la primera tres días después de la operación en que se levantó el apósito, lavando esmeradamente la herida con agua oxigenada y taponándola de nuevo con mecha de gasa yodofórmica.

La segunda se contrajo á varios toques con tintura de yodo, en vista de la palidez y atonía de dicha lesión, no obstante lo cual, y para mayor optimismo, no notamos la menor supuración.

Para salvaguardar al paciente de las recidivas, prescribimos el cacodilato de sosa mediante inyecciones subcutáneas, con lo cual, modificándose favorablemente el estado general, aumentó la resistencia contra la infección tuberculosa, reforzó su inmunidad tuberculosa gracias al aumento de glóbulos linfoides, hematíes y leucocitos mononucleares toxicófagos consecuentes al medicamento.

Además, y como complemento de la medicación, se le reglamentó una abundante, nutritiva y digestiva alimentación, con reposo y solaz al aire libre, fácilmente conseguidos en el jardín de dicho Hospital. A últimos de Diciembre, es decir, próximamente un mes después, obtúvose por completo la curación que nos propusimos lograr.

III

Consideremos aisladamente y en sus aspectos etiológico, terapéutico, físico y genésico, los tres casos de *epididimitis* que acabamos de exponer.

En cuanto al primero de ellos, y desde el primer punto de vista, cabe la duda si fué debido á una complicación blenorragica ó sifilítica y, por lo tanto, si lo originó el gonococo Neisser ó el bacilo Lustgarten, pues dificultades del momento nos impidieron, á pesar nuestro, realizar el examen microscópico del flujo uretral, y también la consabida reacción de Wassermann. Sin embargo, dados los antecedentes que pudimos recoger, nos inclinamos á opinar que dicha afección fué causada por ambos agentes íntimamente asociados.

Respecto al proceso de la enfermedad, partiendo de la base anterior, hemos de historiar que el paciente sufrió primero la sífilis y después la blenorragia, y que cuando desapareció el flujo uretral se inició rápidamente la epididimitis unilateral, siendo probable que el virus blenorragico fuera conducido desde el verumontano al epidídimo por las contracciones antiperistálticas del conducto deferente, con la particularidad de haber resultado éste indemne de inflamación alguna, según se comprobó, mediante *examen clínico*, que desechó toda sospecha de funiculitis.

Sin embargo, un mes después apareció ésta, pero generada en sentido inverso del normal ó corriente; es decir, desde el epidídimo al conducto deferente; complicación surgida, sin duda alguna, por el excesivo esfuerzo de una marcha militar que efectuó el individuo, ó tal vez por incontinencias sexuales.

Conviene recordar, antes que continuemos, la influencia paralizante que esta epididimitis ejerció sobre el proceso uretral, para comprender nuestro intento de provocar por medio de la reinfección de la uretra una nueva uretritis por sí, que á su vez originaba también un efecto paralizante en el proceso epididímico, intento, por cierto, infructuoso.

De todo lo cual, es decir, de la poca eficacia obtenida por los dos tratamientos anteriormente descritos (antiblenorragico y anti-sifilítico) en sus respectivos casos, independientemente considerados, infiérese fundadamente la naturaleza mixta de la lesión obje-

to de nuestro estudio, que por lo mismo presentamos á nuestros lectores como digno de notarse, dada su poca frecuencia, no obstante las observaciones hechas por Reclus, Balme, Cuillerez, Schaedech, etc.

*
* *

Consideremos el segundo enfermo casi desde los mismos puntos de vista que el anterior, empezando por manifestar que (lo contrario de aquél) pudo en éste verificarse el análisis del pus, que evidenció desde luego la existencia del bacilo de Koch. Observamos la particularidad de hallar infectado el testículo y el epidídimo, sin poder determinar el medio ó conducto de la infección, por la ausencia absoluta de manifestaciones tuberculosas en los demás órganos de este individuo.

Dicho proceso tuberculoso apareció primero insidiosamente en el epidídimo derecho, conducido por vía hematógica y propagado rápidamente al testículo del mismo lado, y tres meses después por la vía linfática al epidídimo opuesto.

Desde un principio fué nuestra opinión la de operar urgentemente el testículo derecho, por constituir un foco de infección local y general peligroso para el resto del organismo; pero circunstancias que ya hemos mencionado, de índole particular, impidieron la realización de nuestro propósito.

En su consecuencia, he aquí, pues, un sujeto desahuciado por la sociedad, dada su ineptitud para el trabajo y la procreación, siendo, no obstante, fácil suponer, por sus especiales condiciones de vida, que se entregará á una y otra sin cuidado alguno y con evidente perjuicio de aquélla.

*
* *

Caso parecido al anterior fué el tercero, que brevemente estudiaremos ahora, como lo hemos hecho con los otros en los conceptos etiológico y terapéutico, mas con las variantes en este paciente de no haber podido apelar al examen microscópico del pus, y de que la lesión se desenvolvió rápida y rudamente. No obstante la falta de dicho examen, pudimos determinar el carácter tuberculoso de la dolencia por la constitución del pus y los signos clínicos, y además su iniciación espontánea y hematógica por la inmunidad tubereu-

losa de los demás órganos, siendo inadmisibile la inoculación por contacto sexual, por no haberse presentado la consiguiente uretritis con tendencia propagadora al epidídimo.

La *epididimectomía parcial*, como tratamiento quirúrgico conservador, auxiliada por el raspado y algunos toques modificadores de tintura de yodo, fué seguida de completa curación.

No hubo recidivas, pues las inyecciones de cacodilato de sosa modificaron el estado general de este individuo, inmunizándole contra el bacilo de Koch.

*
* *

Ahora bien; desde los *puntos de vista físico, genésico y de secreción interna*, ¿habrán quedado estériles á consecuencia de su respectiva afección los enfermos que hemos considerado en los tres casos anteriores? En cuanto al primero y último, podemos desde luego afirmar, de una manera categórica, salvo contingencias imprevistas é independientes, que no; es decir, que dichos individuos quedaron completamente aptos para la procreación; el primero, por mediar la circunstancia, á pesar de la inflamación blenorragica del epidídimo, de no haberse producido la atresia absoluta del conducto excretor, que por lo mismo resultó en condiciones favorables para su función, teniendo además en cuenta que la obliteración del conducto epididimario fué solamente temporal y unilateral; y el último, porque, una vez resuelta su tuberculosis epididimaria izquierda con el testículo correspondiente en aptitud genésica, y además igualmente apto el derecho, que no sufría lesión alguna, resultó, por lo tanto, en condiciones parecidas ó tal vez mejores que su compañero.

Respecto del segundo, es evidente su esterilidad, por habersele extirpado el epidídimo izquierdo y parte de su conducto deferente, no obstante resultar idóneo para la secreción interna, por haberse respetado el testículo durante la consiguiente operación quirúrgica. Por otra parte, es probable la inercia orgánica del testículo derecho y la obliteración de su epidídimo correspondiente, y, en su consecuencia, la desaparición total de los espermatozoides. Su esterilidad, pues, es absoluta.

Independientemente de las condiciones anteriores, es difícil profetizar el *porvenir patológico* de estos tres enfermos, y mucho me-

nos asegurar su inmunización más ó menos completa; el primero, por hallarse afecto de una sífilis latente, de posible manifestación en un plazo más ó menos remoto; y los dos últimos, por suponerseles un terreno tuberculizable, siempre predispuesto á la afección consiguiente de sus diversos órganos.

A propósito de dicho porvenir, no estará demás que (volviendo sobre algo que en el mismo sentido insinuamos al principio de este trabajo) hagamos como remate del mismo algunas consideraciones médico-sociales, de profilaxis y terapéutica, individual y colectiva, que han de redundar dentro de nuestro modesto esfuerzo á favor de la Humanidad, ó, más concretamente, de nuestra querida Patria. En efecto; es de lamentar la falta absoluta de *Sanatorios*, llamémosles *militares*, donde, á semejanza de los instituidos en otros países, pudieran acogerse los desvalidos defensores de la Nación atacados, convalecientes ó presuntos de estos ú otros males, durante ó después de su servicio en filas, para poder proporcionarles un tratamiento adecuado y eficaz, imposible de obtener en las condiciones de vida en que generalmente suelen desenvolverse; huérfanos de toda tutela y de todo remedio, y obligados como están, en su lucha por la existencia, á dedicarse á trabajos y fatigas que han de empeorar su situación física y moral; aparte el probable contagio, dada la libertad que privadamente disfrutaban, con notorio daño de la sociedad en general y de la familia en particular.

DR. J. ROMEU CUALLADO,

Médico primero.

Estadística operatoria del Hospital Militar de Barcelona

Y NOTAS CLÍNICAS (1)

(CONTINUACIÓN)

Desde 1.º de Julio del año 1915 á primeros de Enero de 1916, que continué teniendo á mi cargo la Clínica de Cirugía, se han practicado en dicho servicio unas diez ó doce curaciones radicales

(1) Véanse los números 18 y 22 de 1915 y 3 y 6 del año actual.

de hernias, que, sumadas á las treinta y dos practicadas desde 1.º de Septiembre del año 1913 hasta 1.º de Julio de 1915, arrojan un total de cuarenta y dos á cuarenta y cuatro, existiendo entre las últimamente operadas una hernia inguinal derecha estrangulada. Dada la diversidad de criterio existente entre los cirujanos acerca del uso de la taxis en las hernias estranguladas (pues mientras algunos no quieren oír hablar de tal procedimiento, otros estudian el mejor modo de practicarlo dictando reglas), voy á exponer mi criterio acerca de tan importante asunto, concretándolo con algunas observaciones personales de casos prácticos recogidos en los servicios de cirugía del Hospital de la Santa Cruz y del Sagrado Corazón, de esta capital, y además algunas observaciones particulares, deduciéndolo de la descripción de los mismos y del análisis de las lesiones que se fraguan en las vísceras estranguladas, y que muchas veces aceleran ó precipitan la práctica de la taxis, con los peligros inherentes á la misma.

No desconozco que los autores de Patología quirúrgica, al tratar de este punto de herniología, señalan los peligros de una taxis inmoderada; pero tanto la práctica hospitalaria como la particular, enseñan que no se hace el debido caso á las complicaciones y á los daños que con el uso de la taxis se inflige á los enfermos con una intención digna de mejor suerte.

Pocas veces ocurre en la práctica que el cirujano sea llamado en los primeros momentos, en las primeras horas que subsiguen á la estrangulación; generalmente se han pasado uno ó más días, tiempo suficiente para que el intestino ó el epiplón, que son las vísceras que más frecuentemente se encuentran estranguladas en el interior del saco herniario, presenten lesiones de importancia; y aunque estas lesiones no estén muy avanzadas y el médico, por medio de una taxis fructuosa, haya podido conseguir la introducción en el interior de la cavidad ventral de la víscera ó vísceras herniadas, ¿ha desaparecido todo peligro? Cuando se juntan ó se reúnen toda esa serie de condiciones favorables de tiempo, medio, etcétera, y aun suponiendo el caso más sencillo, ó sea aquel en que no existe más que un solo caso, el peligro sigue; para que así no fuera, sería preciso poder hacer el diagnóstico de las lesiones viscerales, y ni por el tiempo transcurrido desde que se fraguó la estrangulación, ni por el examen del estado local, ni en las reacciones del estado general, podemos contar con datos bastantes acerca

de la cantidad y calidad de lesión de la víscera estrangulada. Y como no ha de ser así, si ocurre algunas veces que cuando practicamos la herniotomía en un enterocele, teniendo en nuestras manos y bajo nuestra inspección visual el segmento intestinal estrangulado, nos es difícil conocer y apreciar el grado de lesión del mismo, asaltando la duda en nuestro ánimo acerca de si debemos reintegrar al interior del abdomen, mediata ó inmediatamente, esa sección del tubo intestinal. Si pasa esto, ¿qué no ha de ocurrir con un procedimiento ciego como es la taxis incruenta? Pero aún hay más; quiero suponer que la textura de la pared intestinal haya sufrido poco; que, reducida en el vientre el asa intestinal estrangulada, esté en condiciones de volver á su estado primitivo; pero téngase en cuenta que en el interior del saco, además del asa intestinal, existe, por poco tiempo que haya durado la estrangulación, una cantidad mayor ó menor de líquido, la mayoría de las veces séptico, y, por tanto, se puede dar el caso, y se da, de que si por medio de una taxis fructuosa resolvemos el problema mecánico de la estrangulación, reintegrándose la circulación del contenido intestinal, el enfermo no queda al abrigo de peligros serios, pudiendo sucumbir rápidamente á una septicemia peritoneal por la inyección en la gran cavidad del peritoneo del líquido extravasado, principalmente á través de la pared intestinal y contenido en el interior del saco.

La gravedad de la taxis sube de punto, como se comprende bien, cuando se reduce un intestino perforado ó en vías de perforación, ó bien un epiplón esfacelado, pues en estos casos el desastre es seguro, mientras que no haciendo nada, dejando abandonado al enfermo á sus propios esfuerzos, el peritoneo puede defenderse con eficacia para aislar, enquistando el proceso con adherencias salvadoras y terminando la estrangulación por la formación de un flemon estercoráceo con el consiguiente ano contra natura.

Casos prácticos.—En la última guerra de Cuba ingresó en el Hospital Militar de Victoria de las Tunas un guerrillero con una hernia inguinal izquierda estrangulada, estrangulación que databa de cincuenta y seis horas, y procediendo inmediatamente á una taxis moderada de cinco minutos de duración, obtuve la reintegración de la víscera herniada al interior de la cavidad abdominal; hecho lo cual, se le aplicó un vendaje de ingle, recomendándole el reposo absoluto. Al día siguiente, cuadro de peritonitis alarmante,

sucumbiendo á los dos días y revelándonos la autopsia la existencia de una peritonitis difusa, con pequeña cantidad de un líquido sucio en el fondo de Douglas, peritoneo parietal rubicundo, así como también el visceral, con asas intestinales dilatadas, pero sin perforación, encontrando únicamente cerca de la embocadura ó enchufe del íleon al ciego un segmento de intestino delgado que presentaba dos pequeñas depresiones, distantes unos doce centímetros una de otra, indicantes del sitio estrangulado. Abierta esta porción de intestino, encontré que parte de la mucosa estaba ulcerada, pero con integridad de la musculosa y serosa. El saco herniario no ofrecía nada de particular, ni ninguna otra lesión en las demás vísceras contenidas en el vientre.

A mi modo de ver, este es un caso elocuente que demuestra que la infección peritoneal tuvo lugar al proceder y conseguir una taxis fructuosa, con la cual, á la par que reduje el enterocele, inyecté en la gran cavidad peritoneal el líquido séptico—como es la mayoría de las veces—que se acumula en el interior del saco herniario, y que procede de extravasaciones que tienen lugar en los vasos venosos congestionados de la pared del intestino.

El día 21 de Diciembre del año 1913 ingresó en la Sala de San Juan, ocupando la cama núm. 10 del Hospital de la Santa Cruz, de esta capital, María Balma Besé, natural de Sorita, provincia de Castellón, de edad cuarenta y un años y de estado casada, sin más antecedentes patológicos de importancia que tengan conexión con el estado actual que el que espontáneamente refiere la enferma: que hace cinco años, al ir á sacar de la cuna á un hijo suyo, sintió dolor fuerte en el bajo vientre y hacia el lado derecho, dolor que le duró poco tiempo, y que, pasados dos ó tres días, notó que le salía un bultito en la ingle derecha y que desaparecía apretándolo con la mano. Consultó el caso, y habiéndole dicho que estaba herniada, se puso un braguero. Así ha pasado estos últimos cinco años, hasta el día 19 de dicho mes, que reapareció el bulto, sin que pudiera reintroducirlo, causándole fuertes dolores, y poco tiempo después vómitos, por lo que determinó ingresar en el Hospital.

Examinada dicha enferma por el Jefe de la Clínica, sienta el diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada; hace la taxis, y después de breves momentos consigue reducir la hernia; al día siguiente, la enferma presenta fenómenos de peritonitis, que duran cuatro días. El día 28 del mismo mes, es llevada la enferma á la

mesa de operaciones para practicarle la cura radical de la hernia, y al abrir el saco, que era de paredes gruesas, el cirujano se encuentra que en el interior del mismo existe excremento; drena el pedículo del saco con un tubo grueso y sutura parcialmente la herida, y después de un curso post-operatorio bueno, durante el cual la enferma no tuvo vómitos ni temperatura anormal, el día 4 de Enero del año siguiente la enferma muere casi repentinamente, no habiéndosele podido hacer la autopsia por haberse negado rotundamente la familia.

Este es un buen caso que demuestra palmariamente los graves peligros que en sí lleva la taxis fructuosa que, á ciegas, reduce intestino esfacelado.

En el mes de Noviembre de igual año ingresó en el servicio de Cirugía del Hospital de la Santa Cruz, á cargo del Dr. Ribas y Ribas, un individuo de unos veintiséis años, manifestando que hacía mucho tiempo que padecía una hernia inguinal derecha, y que desde hacía cinco días, estando trabajando, después de hacer un esfuerzo, notó fuerte dolor en la ingle derecha, y que habiendo intentado reducir la hernia, cosa que le había sido siempre fácil, no pudo conseguirlo, en vista de lo cual dejó el trabajo y se marchó á su casa, en cuyo punto intentó nuevamente la reducción; que después de algunos esfuerzos pudo conseguirlo, pero que, á pesar de haber obtenido la reducción, los dolores siguieron lo mismo, y tras los dolores aparecieron vómitos y cesación de las evacuaciones. A pesar de la anamnesis patológica clara y evidente de este enfermo y de la evolución de la enfermedad referida por él mismo, hay que hacer notar que por la exploración del trayecto inguinal derecho, cosa fácil en este enfermo por presentarse bastante dilatado y permitir la introducción del dedo hasta poder alcanzar fácilmente el anillo inguinal interno, no pudimos encontrar ninguna masa más ó menos tensa, más ó menos resistente y dolorosa, como era de suponer en el caso probable de que con los esfuerzos de la taxis, llevada á cabo por el mismo enfermo, éste hubiese hecho una reducción en masa de la hernia estrangulada.

DR. ANTONIO SOLDUGA,

Subinspector Médico de 2.^a

(Continuará.)

ATENEO DE SANIDAD MILITAR

Extracto de la sesión celebrada el día 26 de Febrero de 1916.

Abierta la sesión por el Vicepresidente, Sr. Fernández Victorio, hace uso de la palabra el Sr. Sánchez Vega, el cual, después de felicitar al Sr. Picó por su comunicación, entiende que ésta ha pecado de deficiente en lo que respecta al transporte de heridos á caballo: que las nociones técnicas que se den á los sanitarios tienen que ser muy ligeras, dada su procedencia; y en cuanto al aparato ideado por el Sr. Picó, prestaría grandes servicios en las trincheras, que es donde puede tener grandes aplicaciones.

Se ocupa ampliamente de las Ambulancias, las cuales divide en tres clases: Ambulancias de á brazo, Ambulancias rodadas (tracción animal) y Ambulancias rodadas (tracción mecánica), y funda esta clasificación en las clases de terreno en que pueden maniobrar las divisiones, para armonizar los distintos aires de marcha normales en cada uno de ellos; habla del material que ha de constituir la dotación de una Ambulancia, que, á su juicio, sólo ha de ser el de alojamiento y curación, con el de higiene que se considere necesario, especificando á continuación la dotación en personal, material y ganado de cada una de las compañías de la unidad sanitaria, así como los de la columna de evacuación, de cuyas relaciones con aquélla también se ocupó.

El Sr. Noguerras ensalza la labor del comunicante, y dice que el criterio del Médico militar en la cuestión que se debate debe estar basado en las siguientes consideraciones: 1.^a, lo que se transporta; 2.^a, cómo se transporta; 3.^a, con qué se transporta; y 4.^a, adónde se transporta. Emite su opinión contraria á los que sostienen que dos hombres no pueden transportar un herido de cualquier región que sea, y que lo útil y verdaderamente práctico es el transporte á brazo y en camilla, así como el acostumbrarse los Médicos á sacar partido de todos aquellos medios que tengan aplicación en una campaña para improvisar medios de transporte; se ocupa de los llamados *nidos de heridos*, que son aquellos sitios buscados por el Médico y establecidos cuando la distancia de la línea de fuego á los puestos de socorro es muy grande, con el fin de evitar

á aquéllos las molestias de un transporte largo sin la aplicación de la primera cura, principalmente en los avances rápidos de los Cuerpos combatientes; y, por último, que el Médico debe tener conocimiento de la organización sanitaria de retaguardia, con objeto de hacer un fácil reparto de los heridos.

El Sr. *Picó*, al rectificar, da las gracias á todos los señores que han intervenido en la discusión é insiste en los principales puntos de su comunicación, rebatiendo particularmente á cada uno de los que le han hecho observaciones, y justifica su conducta de no tratar con la extensión debida alguno de los puntos ya mencionados, ampliando en este sentido lo referente á trenes y buques-hospitales, deteniéndose principalmente en estos últimos, de los cuales describe los servicios que pueden prestar en tiempo de paz y guerra, y enumera las condiciones que han de reunir en su construcción y distribución, dados los fines á que se destinan; habla de las funciones del barco-hospital durante y después del combate, así como de los medios y procedimientos para transportar los heridos, indicando las precauciones que se han de tomar en cada caso particular; terminó bosquejando el transporte por vía fluvial, teniendo en cuenta el escaso número de ríos navegables que tenemos en España.

El Sr. *Presidente* dió por terminada esta discusión, concediendo seguidamente la palabra al Veterinario primero D. Ladislao Coderque, para explicar su comunicación sobre «Utilidad práctica del salvarsán en distintas enfermedades del ganado».

El Sr. *Coderque* comienza diciendo que, entusiasta de los trabajos realizados por Ehrlich, y para comprobar en la práctica los efectos del salvarsán, ha invertido algunas horas en repetidas observaciones, habiendo tenido la satisfacción de encontrar efectos muy útiles para la terapéutica en sus estudios experimentales. Distintos fueron los casos en que puso en práctica los ensayos originales, siendo éstos: durina ó tripanosomiasis, muermo y carcinoma en el caballo, difteria y viruela en las aves, y últimamente, en varios casos de anemia y pasterelosis; la transformación en los cuadros clínicos fué tan notable, que muchos de los primeros tratados curaron completamente, sin haberse presentado recidivas, principalmente en algunos casos de muermo observados en la enfermería de Melilla por otros compañeros del comunicante, los cuales hubo que interrumpir por falta de protección material, que

de haberlas seguido realizando se hubiera llegado á la especialización en ellas, y, como consecuencia, á una positiva economía para el Estado, por ser esta enfermedad el azote que más bajas causa en el ganado de Africa.

Menciona especialmente la acción del salvarsán sobre los casos de pasterelosis, citando algunos en los que, habiendo fracasado todos los tratamientos empleados, obtuvieron verdaderos éxitos terapéuticos, merced á una inyección endovenosa de salvarsán, en la proporción de tres ampollas de 0,6 gramos en 1.000 gramos de solución de suero fisiológico; que ordinariamente suele bastar una inyección, pero que en aquellos casos de influenza que se sostenían con temperaturas altas se repitió aquélla con idénticos resultados; en ninguno de los casos tratados se presentó neoformación vascular ni enturbiamiento de la córnea.

Deduce de sus observaciones que si se administrase una dosis suficiente de salvarsán, como remedio profiláctico, quizá se apreciase la posibilidad de impedir la infección, así como la utilidad que podría reportar el poder determinar el tiempo que durase la acción protectriz.

Al describir la técnica operatoria dice que, aunque tan sencilla operación puede practicarse con la cánula de la jeringa de inyecciones hipodérmicas, sin embargo, en la práctica ofrece alguna dificultad, por la falta de un ajuste exacto al no estar construídas para tal objeto; para obviar tales inconvenientes, da á conocer la aguja-cánula construída según sus indicaciones, la cual, gracias á un dispositivo herméticamente ajustado, favorece el manejo de un modo práctico y perfecto, alejando todo peligro de herirse, aunque el animal haga algún movimiento, por sobresalir la cánula tres milímetros sobre la punta de la aguja.

Expuso los peligros é inconvenientes con que puede tropezarse en esta forma terapéutica, que consisten en ciertos trastornos especiales que dependen de las propiedades irritantes de la substancia, exteriorizados por intensos dolores, infiltraciones más ó menos extensas en el territorio de la inyección, siendo ésta una de las razones por las que aconseja las inyecciones endovenosas, y no las hipodérmicas ó intramusculares. Como causa de alteración señaló también la susceptibilidad del sujeto y la esterilización antigua de las soluciones; no es infrecuente el que por un accidente imprevisto en la técnica de la inyección, ésta se haga llegar directamente

al tronco nervioso, presentándose entonces excitaciones reflejas, especialmente en los casos de aplicación de disoluciones ácidas y alcalinas, y que en alguno de ellos hayan podido determinar la muerte por una especie de shok; para evitar estos accidentes, Ehrlich y Hata aconsejan aplicar una inyección de alcanfor.

Terminó refiriendo las complicaciones á que pueden dar lugar las alteraciones de la solución, por la llegada al medicamento de los gérmenes del aire, tanto más difíciles de prevenir en las caba-llerizas ó enfermerías ante las dificultades de conseguir una ver-dera asepsia, por la defectuosa construcción en la mayoría de ellas.

Los Sres. *Huertas, Iñigo y Miranda* encomian la labor del co-municante, y en breves palabras piden aclaración de algunos de los puntos expuestos, principalmente en lo que concierne al concepto profláctico y curativo del «606».

El Sr. *Coderque* rectifica muy brevemente; y habiendo trans-currido las horas reglamentarias, el Sr. Presidente levantó la sesión.

El Secretario de actas,

J. DE BARTOLOMÉ RELIMPIO.

V A R I E D A D E S

Por Reales decretos de 16 del pasado les ha sido concedida la Gran cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco, á los excelen-tísimos Sres. Inspectores Médicos D. Enrique Canalejas, D. Anto-nio Barea y D. Casto López Brea.

Felicitamos cordialmente á tan respetables Jefes, por la alta estima en que ha tenido S. M. el Rey sus valiosos servicios al Ejército.

*
* *

En Tetuán han dado comienzo las obras de ampliación de aquel Hospital militar, y, según noticias que recibimos de dicha plaza, se áctivarán todo lo posible los expresados trabajos, á fin de que pronto puedan instalarse los enfermos en el hermoso pabellón proyectado.

*
* *

Desde mediados del pasado Marzo se hallan efectuando los alumnos de la Academia Médico-Militar las prácticas parciales de las asignaturas, bajo la dirección de sus Profesores, en los distintos establecimientos sanitario-militares de la plaza. El Director de dicho Centro de enseñanza, Sr. Urquidi, y el Jefe de estudios, don Antonio Fernández Victorio, han dado muy atinada organización á dichas prácticas, las cuales se han facilitado grandemente, merced á las favorables disposiciones de las Secciones de Ingenieros, Instrucción y Sanidad Militar, así como al interés demostrado por los primeros Jefes de la Brigada, Parque, Instituto, Hospital y Laboratorio de Medicamentos. Los alumnos, distribuidos en grupos por sus Profesores, son conducidos en automóviles militares, con lo que se compensa la pérdida de tiempo que llevarían consigo las grandes distancias que tienen que recorrer para hacerse cargo de la ejecución de los servicios propios de nuestro Cuerpo.

* * *

El Médico mayor D. Alfredo Pérez Viondi ha sido agraciado, á propuesta del residente francés General Liautey, con la encomienda de la Orden Xerifiana del Uissan, en atención á sus distinguidos servicios en Marruecos.

Reciba nuestra cordial felicitación.

* * *

Está siendo objeto de merecidos elogios entre el elemento español de Tetuán la iniciativa tomada por el Farmacéutico mayor Sr. Iborra, quien ha obtenido una regular cantidad de opio, extraído de las adormideras sembradas en un pequeño jardín.

La Prensa de dicha plaza comenta el éxito obtenido por el Sr. Iborra, é invita á perseverar en esta empresa, de la que podrían obtenerse resultados importantes y beneficiosos para el agricultor, para la zona y para España, que es hoy tributaria de diversos países, como China, Turquía y Egipto, teniendo hoy mayor importancia este cultivo, á causa de la escasez que comienza á notarse de tan necesario medicamento y de sus derivados.

* * *

El Médico primero D. Jerónimo Forteza ha sido premiado por el Consejo de Protección á la Infancia, en atención á sus importantes trabajos en la especialidad, y muy particularmente por los llevados á cabo en la Gota de Leche de Menorca.

*
**

Los Jefes y Oficiales de la Sección de Sanidad Militar, y el personal del Cuerpo de la Junta Facultativa y Estado Mayor Central, queriendo dar una muestra de la alta consideración, simpatía y respeto á que se ha hecho acreedor el digno Inspector Excmo. Sr. D. Casto López Brea, ofreciéronle en los pasados días de Marzo las insignias de la gran Cruz del Mérito Militar que acababa de serle concedida por el Gobierno de S. M.

El Subinspector Médico de primera clase Sr. Clairac, en nombre del citado personal, pronunció breves y oportunas frases en elogio del Sr. López Brea, quien, venciendo al fin su delicada resistencia á la aceptación de dicho homenaje, agradeció en términos de gran modestia y sinceridad la prueba de afecto que tan merecidamente se le tributaba.

El Inspector López Brea, á continuación del acto realizado, envió un donativo de cien pesetas al Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción.

*
**

Ateneo de Sanidad Militar.

El día 11 del actual, á las seis y media de la tarde, continuará la discusión del tema del Sr. García Sierra, y el Médico primero D. Cándido Jurado explanará la ya anunciada comunicación acerca de «el bacilo de Koch».

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

La disenteria en paz y en guerra, por el Dr. Kruse.—Después de recordar las esenciales diferencias entre las disenterias amebiana y bacilar, dice que en Alemania, ni

durante la presente guerra ni en tiempo de paz se ha presentado caso alguno de la primera. Tampoco la disenteria típica bacilar ha sido ni es frecuente; la inmensa mayoría de

los enfermos lo son de pseudo-disenteria, diferenciándose el bacilo disentérico del pseudo-disentérico por su diferente comportamiento para las reacciones de aglutinación con sueros ya titulados, por su distinta conducta frente á la manita adicionada á los medios de cultivo y por la inoculación á los conejillos de Indias. En los frentes de combate orientales, Rusia y la Galitzia, son más frecuentes las disenterias típicas, y en cambio apenas se presentan en el frente occidental, lo que concuerda con la epidemiología de estas regiones en tiempo de paz. Si la pseudo-disenteria alcanzó en sus comienzos gran desarrollo en el Ejército alemán, es debido á que durante los últimos años fué frecuente entre las tropas. La mortalidad de esta pseudo-disenteria es menor del 1 por 100, mientras que la disenteria verdadera ocasiona en tiempo de paz un 3 por 100 de mortalidad, que llegó al 6 por 100 en la guerra franco-prusiana. El bacilo pseudo-disentérico tiene varias razas, que el autor clasifica con los nombres de A, B, C, etc., reputando como mala la clasificación en tipo Flexner y tipo γ , que agrupa razas muy distintas y separa otras análogas. Durante la actual campaña no se ha podido comprobar existencia de epidemias de razas puras. La diferencia entre ambas formas clínicas es muy difícil; el cultivo de heces frescas puede resolverlo; la aglutinación es medio mucho más expuesto ó error. Sin embargo, se reputará como disentérico el enfermo cuyo suero en una disolución al 1 por 50 aglutine al bacilo. No puede decirse lo mismo de las pseudo disenterias, pues el suero de sujetos sanos y de los que han padecido tifoidea

pueden aglutinar al bacilo pseudo-disentérico á altas diluciones. La existencia de razas atípicas y de gérmenes análogos al grupo coli pueden obscurecer el diagnóstico.

Para combatir las epidemias hay que tener en cuenta que son las heces de los enfermos las que contienen los gérmenes, y que las moscas son los probables portadores. El autor no cree en el contagio por el agua. Por lo tanto, conviene alejar y aislar las deyecciones. Otoño y verano son las estaciones más propicias al desarrollo de estas epidemias, quizá porque es cuando las moscas abundan. Respecto al tratamiento, el autor dice que la vacuna contra la disenteria verdadera no es fácil y trae consigo grandes reacciones locales y generales. La seroterapia es de valor limitado. La adrenalina y la Urava, empleadas últimamente como remedios, tienen escaso valor terapéutico. El carbón animal, recomendado por Kraus, tampoco parece tener valor. — (*Deut. Med. Woch.*, 1915, número 36.)—*F. G. D.*

Casos oscuros de lesión nerviosa traumática.

—El Dr. Medea presenta á la «Reunión castrense del grupo milanés para la propaganda médica de la guerra», habida el 30 de Septiembre de 1915, los siguientes casos de lesión traumática del cráneo, que interesaba el cerebro:

1.º Caso de fractura del parietal derecho (fragmento de bomba de mano), seguido de hemiparesia izquierda. Actualmente el estado general es bueno, y, sobre todo, no se aprecia ningún fenómeno de aumento de la presión intracraneana. El hecho interesante en este caso es

una incoordinación de los movimientos voluntarios del miembro superior izquierdo, una verdadera ataxia de origen cerebral, comprobándose alguna hipoestesia é hipoalgesia de la mano de dicho lado, y fenómenos de astereognosia izquierda.

2.º Caso de fractura grave del parietal derecho con depresión del fragmento de bala de shrapnel. Verificóse una craniectomía para retirar el proyectil y el fragmento óseo.

En la actualidad presenta paresia

de la extremidad superior izquierda, hipoestesia é hipoalgesia, en relación con el antebrazo y la mano, comprobándose alargamiento del círculo de Weber y absoluta astereognosia; además, se aprecia lesión grave del sentido de posición.

En estos casos, los trastornos de la sensibilidad y la astereognosia deben referirse probablemente, según el autor, á la grave lesión relacionada con la región parietal ascendente.—(*Giornale de Medicina Militare*, 30 Novembre, 1915.)—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Evolución general de las fiebres continuas (tifoidea, paratifoidea, etcétera).—MM. Sacquépée, Burnet y Weissenbach han encontrado, por cien casos de fiebres continuas cuyo diagnóstico se estableció por hemocultivo, 42 de B. tifoídico, 28 de B. paratífico A., 15 de B. paratífico B. y 15 de cocos diversos.

En cuanto al tiempo, se ha comprobado que la fiebre tifoidea, que predomina mucho en Enero y Febrero, se atenúa en Marzo y Abril, para reducirse á raros casos en Junio y Julio. Por el contrario, las infecciones paratíficas A., excepcionales al principio, resultan más frecuentes en Marzo y Abril, manteniéndose después al mismo nivel; y, finalmente, las infecciones de paratífus B. y las infecciones de cocci, raras ó excepcionales de Enero á Junio, presentan en Julio una brusca ascensión casi explosiva.

Respecto al espacio, las fiebres continuas se localizan sobre todo en

el frente, y es en las trincheras donde parece haber contraído la infección el mayor número de enfermos.

La distribución de los diversos grupos de infecciones continuas es desde luego desigual; la fiebre tifoidea provoca á la vez ataques diseminados y verdaderos pequeños focos; estos focos están localizados de preferencia en la vecindad de las vías de agua. La infección de paratífus A. se manifiesta casi exclusivamente bajo la forma de focos localizados, y, al revés de la fiebre tifoidea, se hace sentir más bien sobre las alturas á distancia de los cursos de agua.

Por último, la fiebre de paratífus B. se reparte en manifestaciones múltiples y dispersas, sin formar foco importante. Estas observaciones concuerdan, en su aspecto general, con las comprobadas en un Ejército vecino en los meses de Noviembre y Diciembre.—(*La Presse Médical*, Août 1915.)—*J. P.*

La diarrea de las trincheras.— Los Dres. Remlinger y Dumas opinan que la «diarrea de las trincheras» no constituye ni una enfermedad nueva ni una entidad morbosa. Es una etiqueta que serviría para cubrir cierto número de estados diversos: infecciones de bacilos tíficos y paratíficos, enteritis mucomembranosas, diarrea ligada á mal funcionamiento de estómago, etc. En la gran mayoría de casos es una disentería más ó menos atenuada; pero una disentería que, como se sabe, es inseparable de los ejércitos en campaña.

Los antiguos epidemiólogos han señalado de larga fecha, que particularmente en tiempo de guerra es susceptible de traducirse en una

simple diarrea. A esta noción, los epidemiólogos modernos han añadido la de que las formas diarreicas son mucho más frecuentes en el invierno que en verano. La diarrea de la *Argonne* no lleva, como se ve, nada inédito.

Las condiciones de la guerra de trincheras son, ciertamente, favorables al desarrollo de la diarrea disentérica.

Es una razón suficiente á legitimar una nueva denominación. Y es permitido dudarlo, pues se contrae muy á menudo en los poblados vecinos de las trincheras, con tanta ó más intensidad que en las trincheras mismas.—(*Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, núm. 5.)—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Comunicaciones científicas del Dr. M. Menacho, presentadas á la IX Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-americana, celebrada en Barcelona los días 25 al 27 de Septiembre de 1914.

Avalorada con interesantes casos prácticos, y ofreciendo amplios cuadros y correctísimos fotograbados, ofrece el Dr. Menacho una lucida contribución á la Oftalmología española, discurriendo con sólida y bien expresada doctrina acerca de las siguientes cuestiones:

I. La dismorfia epicraneal transparente, su influjo sobre la refracción y su diagnóstico con el oftalmómetro.—II. La gripe como factor etiológico del glaucoma. Su patogenia.—III. La expulsión tardía de cuerpos extraños intraoculares.—IV. Los quistes con entozoarios en el ojo, en sus anejos y en la órbita.—V. Segunda contribución á las causas de la ceguera.—VI. Epitelioma pavimentoso primitivo de la córnea.—VII. Epitelioma pavimentoso primitivo con globos de la carúncula lagrimal (en colaboración

con el Dr. Antonio Menacho).—VIII. Algunas anomalías de la pupila óptica y de los vasos.

Agradecemos al autor el ejemplar recibido.—*J. P.*

*
* *

Contribución al estudio de las dismorfias congénitas fisurales del fondo ocular, por el mismo autor.

En este segundo trabajo, que constituye el discurso de recepción del autor en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, comienza el Dr. Menacho justificando el título de la conferencia, dado el amplio concepto de las anomalías que se observan en esta región, pasando después á describir el período embrionario de la formación del globo ocular, como estudio previo de las desviaciones hereditarias ó no de los elementos estructurales del feto. Las alteraciones patológicas, ó sea las que se ofrecen durante el período fetal, guardan gran analogía con las que se observan después del nacimiento, y bajo esta base pasa revista á las causas originarias de las principales afecciones, especialmente de los colobomas, estableciendo las reglas fundamentales entre las anomalías fisurales y las colobomatosas propiamente dichas.

Las dismorfias, que el autor estudia con notable acierto, y acerca de las cuales señala las obscuridades etiológicas, aceptando la teoría fisural, le dan ocasión á establecer trece conclusiones, que dan idea de sus profundos conocimientos en la especialidad objeto de su predilección.

La contestación, á cargo del ilustre Dr. Comenge, recientemente fallecido, constituye un merecido encomio á la labor del doctor Menacho y al notable progreso experimentado por la ciencia oftalmológica.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

18 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 62) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Juan Jáudenes de la Cavada, D. Diego Brú Gomis y D. Amador Hernández Alonso, y al Médico segundo don Emiliano Rodríguez Marchena.

- 18 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 63) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor don Adolfo Azoy Alcaide, al Farmacéutico segundo D. Ramón Guardiola Carasa y al Médico provisional D. Bartolomé Caballero Muñoz.
- 28 » » Real orden (*D. O.* núm. 67) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Juan del Río Balaguer, D. Manuel Pérez Martorell y D. Eulogio del Valle Serrano; á los Médicos primeros D. Luis López Ortiz, D. Joaquín González Alberdi y don Saulo Casado Velázquez; al Médico segundo D. Policarpo Toca plaza, y al Médico provisional D. Vicente Andrés Bueno.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 69) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor don José Luis Saavedra, al Médico primero D. Joaquín de Benito Azorin y al Médico segundo D. Miguel Echevarría Martínez.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 72) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Aquilino Martínez Vieta, D. Adolfo Chamorro Lobo, D. Gaspar Araujo Luces y D. Juan Pomar Taboada; al Médico segundo D. Victoriano Peché Blanco y al Médico provisional D. Vicente Jordana Mendaro.
- 6 Marzo . . . —Real orden (*D. O.* núm. 73) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Carlos Domingo Jover; á los Médicos primeros don Edmundo Fuentes Serrano, D. José Cogollos Cogollos, D. Manuel Lamata Desbertrand, D. Enrique Rocandio Martín y D. Arcadio Grande del Riego, y al Médico segundo D. Francisco Camacho Cánovas.
- 11 » » Real orden (*D. O.* núm. 59) disponiendo que el Médico mayor D. Diego Brú Gomis, excedente en la tercera Región y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. José Fernández Alvarez, Inspector de Sanidad Militar de la misma, cese en la referida comisión y continúe en igual situación.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 59) disponiendo que el Médico ma-

yor D. Cándido Herrero Lacaba, con destino en el Hospital de Valencia, pase á situación de excedente en la tercera Región y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. José Fernández Alvarez, Inspector de Sanidad Militar de la misma.

11 Marzo... — Real orden (*D. O.* núm. 60) disponiendo que las Autoridades militares superiores de esta Corte permitan la asistencia de los Profesores y Alumnos de la Academia Médico-Militar, en el número y grupos que se haga necesarios, al Hospital de Madrid-Carabanchel, Clinica de urgencia, Instituto de Higiene y Brigada de tropas del Cuerpo, con objeto de que puedan dar principio las practicas de las asignaturas del plan de estudios de dicho Centro.

13 Real orden (*D. O.* núm. 60) concediendo al Subinspector Médico de segunda clase D. Antonio Fernández Victorio Cociña la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con el 10 por 100 del sueldo de su actual empleo hasta su ascenso á Inspector Médico de segunda ó retiro, por su obra titulada *La Psiquiatría del Médico práctico.*

Real orden (*D. O.* núm. 61) autorizando al Médico primero D. Luis Iglesias Ruiz para usar sobre el uniforme la cruz de Caballero de la Orden civil de Alfonso XII.

15 Real orden (*D. O.* núm. 62) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan, debiendo el personal destinado á África verificar su incorporación con toda urgencia:

Subinspectores Médicos de primera clase: D. José Pastor Ojero, ascendido, del Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción, al Hospital de Burgos, como Director; y D. Luis Sánchez y Fernández, ascendido, del Estado Mayor Central del Ejército, continúa en el mismo.

Subinspector Médico de segunda clase: D. José Castellvi Vila, ascendido, de la asistencia á Generales de Cuartel y Reserva, Jefes y Oficiales excedentes y de reemplazo en Barcelona, á situación de excedente en la cuarta Región.

Médicos mayores: D. Diego Brú Gomis, de excedente en la tercera Región, por Real orden de 11 del corriente mes (D. O. núm. 59), al Hospital de Valencia; D. José Gich y Puigdollers, del Hospital de Badajoz, á la asistencia á Generales de Cuartel y Reserva, Jefes y Oficiales excedentes y de reemplazo en Barcelona; D. Ramón Ruiz Martínez, ascendido, del Hospital de Burgos, como Jefe del Laboratorio de Análisis, al de Badajoz; y D. Nemesio Agudo de Nicolás, de excedente en la primera Región, y en comisión en el Hospital de Ceuta, cesa en la referida comisión, quedando en igual situación y en comisión en el Instituto de Higiene militar.

Médicos primeros: D. Alberto Conradi Rodríguez, del primer Regimiento montado de Artillería y en comisión en el Hospital de Alcazarquivir, al Consultorio indígena del zoco el Had, como Director, cesando en la referida comisión; D. Luis Hernández Marcos, ascendido, de la séptima compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, al primer batallón del Regimiento Infantería de Saboya, 6; D. Angel Sánchez y Sánchez, del Consultorio indígena del zoco el Had, como Director, al primer Regimiento montado de Artillería; D. José Llorca y Llorca, del Regimiento Infantería de Saboya, 6, al Hospital de Tarragona; D. Ramón Zorrilla Polanco, de la Academia de Ingenieros y en comisión en el Hospital militar de Ceuta, al primer batallón del Regimiento Infantería de San Quintín, 47, continuando en la referida comisión; D. Emilio Romero Maldonado, del Hospital de Alcalá de Henares, á la Academia de Ingenieros; D. Leocadio Serrada Díaz, del Colegio de Carabineros, al Hospital de Alcalá de Henares; D. Luis López Ortiz, del Regimiento Infantería del Príncipe, 3, al Colegio de Carabineros; D. Florencio Herrer y Menguijón, del Regimiento Infantería de Burgos, 36, al primer batallón de el del Príncipe, 3; D. Francisco Chinchilla Rosende, del Regimiento mixto de Ingenieros de Ceuta, al Parque de Sanidad Militar de dicha plaza; y D. Tomás Mancholas Prado, del Parque de Sanidad Militar de Ceuta, al Regimiento mixto de Ingenieros de Ceuta.

Médico segundo: D. Policarpo Toca Plaza, del Regimiento Infantería de Isabel II, 32, á la séptima compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar.

Médicos provisionales: D. Emiliano Gómez Lahoz, del Regimiento Infantería de Gerona, 22, al fuerte de Coll de Ladrones; D. Manuel Guallart Díaz, del fuerte de Coll de Ladrones, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Gerona, 22; D. Pedro Sánchez de Alba, del Regimiento Infantería de Albuera, 26, al primer batallón del de Toledo, 35; D. José Casas de Ureña, del Regimiento Infantería de Toledo, 35, al segundo batallón del de Albuera, 26; D. Alfredo Martín-Luna y Aspe, de los Talleres del material de Ingenieros, al primer batallón del Regimiento Infantería de Burgos, 36; D. Manuel Bernal Sala, del primer Regimiento montado de Artillería, al primer batallón expedicionario del de Infantería de Aragón, 21; D. Francisco Cifuentes Biedma, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Mallorca, 13, al Hospital de Granada; y D. Vicente Andrés Bueno, de eventualidades del servicio en la séptima Región, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Isabel II, 32.

16 Marzo...—Real decreto (*D. O.* núm. 63) concediendo al Inspector Médico de segunda clase D. Enrique Canalejas Cisneros la Gran cruz de la Orden del Mérito Militar, designada para premiar servicios especiales.

» » Real decreto (*D. O.* núm. 63) concediendo al Inspector Médico de segunda clase D. Antonio Barea Lorente la Gran cruz de la Orden del Mérito Militar, designada para premiar servicios especiales.

» » Real decreto (*D. O.* núm. 63) concediendo al Inspector Médico de segunda clase D. Casto López Brea Ortiz de Angulo la Gran cruz de la Orden del Mérito Militar, designada para premiar servicios especiales.

» » Real orden (*D. O.* núm. 64) nombrando para la observación de útiles condicionales ante la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Burgos al Médico segundo D. Salvador Vicente Esteve.

17 » Real orden (*D. O.* núm. 64) disponiendo que el Médico provisional D. Estanislao Pujol Menescal, destinado en el

primer batallón del Regimiento Infantería de Albuera, número, 26, pase á continuar sus servicios al primer batallón del de Almansa, núm. 18.

17 Marzo...—Real orden (*D. O.* núm. 64) dando ingreso en el Cuerpo como Médicos provisionales á los individuos de tropa del Ejército, Licenciados en Medicina y Cirugía, que se expresan á continuación, quienes servirán los destinos que se les señalan, á los que se incorporarán á la mayor brevedad:

D. Vicente García Peñaranda, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Mallorca, núm. 13; D. José Fernández Rodríguez, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros del Ferrol; D. Pablo Agustí Planell, al Batallón Cazadores de Alba de Tormes, 8; D. Félix Vegué Daza, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Tetuán, 45; D. Angel Rodríguez Guerra, al primer batallón del Regimiento Infantería de Albuera, 26, y D. Ignacio Fernández Carrasco, al primer batallón del Regimiento Infantería de San Marcial, 44.

» » Real orden (*D. O.* núm. 64) disponiendo que los Jefes y Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Farmacéuticos primeros: D. Francisco de Cala Martí, de los Hospitales de Melilla, al segundo grupo de Hospitales de dicha plaza; D. Jaime Blanch Vila, de la Farmacia de Sevilla, al Hospital de Lérida; D. Antonio Moyano Cordón, de excedente en la segunda Región y en comisión en la Farmacia militar de Sevilla, á los Hospitales de Melilla, y D. Rafael Roldán Guerrero, del Hospital de Lérida, á la Farmacia militar de Sevilla.

Farmacéutico segundo: D. Cándido Rogina Madriñán, del Hospital de Badajoz, á la Farmacia militar de Sevilla.

» » Real orden (*D. O.* núm. 64) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico segundo D. Fernando Fernández Berbiela.

» » Real orden (*D. O.* núm. 65) concediendo la gratificación anual de 600 pesetas, correspondiente á los diez años de efectividad en su empleo, al Farmacéutico primero don Emilio Salazar Hidalgo.

21. Marzo . . .—Real orden (*D. O.* núm. 67) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Rafael Comas Vilar, destinado en el Hospital de Valencia, preste sus servicios en comisión en el de Archena, durante la primera temporada de baños, que empezará el día 1.º de Abril próximo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 67) disponiendo que el Jefe y Oficiales Farmacéuticos D. Ciro Benito del Caño, Farmacéutico mayor; D. Joaquín Más Guindal, D. Enrique Fernández Rojas Cedrún y D. Alfonso Aldeanueva Monge, Farmacéuticos primeros, y D. Heliodoro Fernández Rojo, Farmacéutico segundo, constituyan el Tribunal que ha de juzgar los exámenes que, para cubrir ocho plazas de mozos de Laboratorios y Farmacias, se efectuarán el día 3 de Abril próximo, con arreglo al Reglamento de 9 de Mayo de 1908 (*C. L.* núm. 77).
- 22 » Real orden (*D. O.* núm. 68) nombrando para la observación de útiles condicionales y dirimir discordias ante la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Pamplona, al Médico primero D. Luis Sancho Catalán.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 69) concediendo el retiro para Valencia, á solicitud propia, al Médico mayor D. Julio Aldás Torres.
- » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* número 72) concediendo la pensión anual de 2.500 pesetas á la viuda del Inspector Médico de segunda clase don José Labarta Aguin.
- 23 » Real orden (*D. O.* núm. 69) concediendo el retiro para Madrid al Subinspector Farmacéutico de segunda clase don José Maffei Puigdullers, por haber cumplido la edad reglamentaria para obtenerlo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 70) nombrando para la observación de útiles condicionales, ante la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Teruel, al Médico primero D. Joaquín Cotanda Llavata.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 70) nombrando interinamente para la observación de útiles condicionales, ante la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Granada, al Subinspector Médico de segunda clase D. Fernando Morrell Terry.

- 23 Marzo...—Real orden (*D. O.* núm. 70) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Segovia al Médico mayor D. Modesto Qutiez González.
- 24 » » Real orden (*D. O.* núm. 70) disponiendo que el Médico mayor D. Bartolomé Navarro Cánovas, con destino en el Hospital militar de esta Corte, pase á Sevilla, en comisión indemnizable del servicio, con el fin de inspeccionar la instalación del gabinete radiográfico del Hospital militar de la referida plaza, cuya instalación se dispuso por Reales órdenes de 3 de Diciembre de 1915 y 5 de Febrero último.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 70) disponiendo cambien entre sí de destino los Médicos segundos D. Leopoldo Taladriz Gómez y D. Antonio Martínez Ballesteros, destinados, respectivamente, en la Enfermería militar de Nador y en la Ambulancia de Montaña núm. 3.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 70) disponiendo que el Subinspector Médico de segunda clase D. Laurentino Salazar Hidalgo, excedente en la quinta Región y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. Enrique Canalejas Cisneros, Inspector de Sanidad Militar de la misma, cese en la referida comisión y continúe en igual situación en la primera Región.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 70) disponiendo que el Subinspector Médico de segunda clase D. Enrique Solano Alemany, con destino en el Hospital de Pamplona, pase á situación de excedente en la quinta Región, y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. Enrique Canalejas Cisneros, Inspector de Sanidad Militar de la misma.
- 28 » » Real orden (*D. O.* núm. 73) concediendo la gratificación máxima de 1.500 pesetas anuales al Médico mayor don Antonio Horcada Mateo, destinado en el Parque de Sanidad Militar.

