

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 15 de Marzo de 1912.

Núm. 6.

SUMARIO

Diagnóstico radiológico de las lesiones del corazón, por B. Navarro Ginovas.—*Un caso de sordomudez y afonía hísticas*, por el Dr. A. Ramirez Santaló.—*Un nuevo Cateclórico*, por D. B.—*Sociedad Científica de Sanidad Militar de Barcelona*.—*Variadas*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Las intoxicaciones alimenticias.—Del desgarro del mesenterio en las hernias estranguladas.—Acción del salvarsán sobre los elementos formes de la sangre.—El signo de las monedas en la ascitis.—*Prensa militar profesional*: La viruela y la varioloide en el Ejército francés.—Eclutamiento del Ejército alemán en 1910.—Cálor y luz por el acetileno en las formaciones sanitarias de vanguardia.—*Bibliografía*: Plenresia izquierda con dextrocardia completa, por el Dr. D. José Codina Castelví.—*Sección oficial*.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE LAS LESIONES DEL CORAZÓN

El corazón afecto de ciertas lesiones se manifiesta al examen radiológico, por aumento de su volumen, por cambio de su forma normal ó por alteración en el contraste de sombra en alguna de sus partes.

El aumento de volumen real del corazón se obtiene, ó por el método ortodiográfico ó por el telerradiográfico.

La imagen radiológica de un objeto es siempre mayor que éste, por tratarse de una proyección central; es decir, que del tubo Röntgen emana un cono de luz, cuyo vértice corresponde al centro (focus) del tubo y la base al plano de proyección (pantalla fluoroscópica ó placa fotográfica). Por consiguiente, todo objeto que se interponga al paso de dicho cono lumínico, proyectará una sombra que será tanto mayor que el objeto cuanto más alejado se encuentre éste del plano, ó más cerca del tubo. Si en vez de recoger la imagen con los rayos oblicuos del referido cono lumínico,

utilizamos solamente rayos normales al plano, y por tanto, paralelos entre sí, habremos realizado una proyección paralela, y la imagen ó sombra del objeto corresponderá á su tamaño real. Tal es el método de la ortodiagrafia.

Pero hay otra manera más sencilla, breve y práctica de obtener una sombra del tamaño real del corazón, y es mediante la radiografía á distancia. A 1,50 ó 2 metros de distancia entre el tubo y la placa aparece la sombra del corazón con un milímetro de aumento sobre su verdadero tamaño, cantidad que es realmente despreciable.

Para facilitar la interpretación de los cardiorradiogramas preparados en estas condiciones, y estando el paciente en posición de pie, se puede aplicar el cuadro siguiente, formado por Holzknicht, de Viena:

Estatura (centímetros).....	125—150—160—175
Diámetro transversal del corazón (centímetros)....	10—11—12,5—13

Las variaciones fisiológicas individuales están representadas por un centímetro escasamente.

Teniendo alguna práctica en el examen de los radiogramas, creemos no hace falta recurrir al cuadro presentado.

Más importancia que la hipertrofia ó dilatación del corazón ofrecen las modificaciones que su forma experimenta, y que responden siempre, como el aumento de volumen, á lesiones determinadas del órgano, que aún no están bien estudiadas, pues se trata de un asunto que se halla en los comienzos de su desenvolvimiento. Tienen que asociarse de consuno la clínica, la radiología y la autopsia para llegar á un diagnóstico más exacto, seguro y precoz, de muchas afecciones del corazón, por medio del método Röntgen, que lo ha sido hasta aquí.

Para juzgar de la forma anormal del corazón, es preciso conocer, naturalmente, el tipo fisiológico del órgano en conjunto y en sus partes (figs. 1.^a y 5.^a), considerado como proyección de sombra recogida en dirección postero-anterior, que es como suele obtenerse.

Los grabados adjuntos representan distintas formas de corazones patológicos y de otros sanos (el 1.^o y el 5.^o), y están tomados de clichés de este hospital.

Cuando la aurícula derecha se ensancha, adopta el corazón la

forma de cebolla ó de pera (figs. 2.^a, 3.^a y 4.^a). Este cambio de forma corresponde á una lesión de la tricúspide; probablemente,

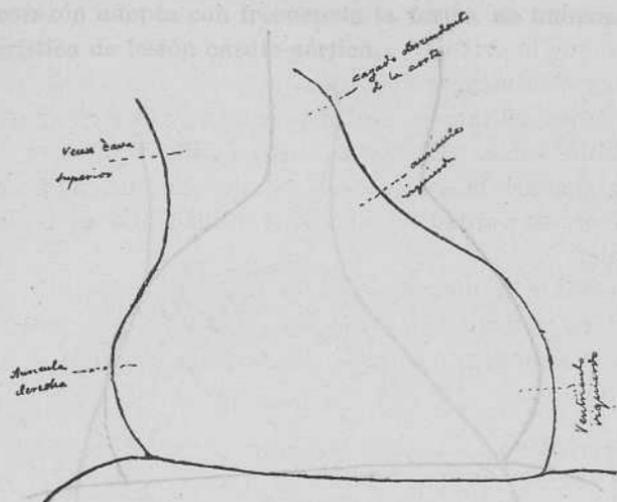


Figura 1.^a

insuficiencia. Desde la figura 1.^a, normal, hasta la 4.^a inclusive, se observa un aumento gradual de dilatación de la referida aurícula.

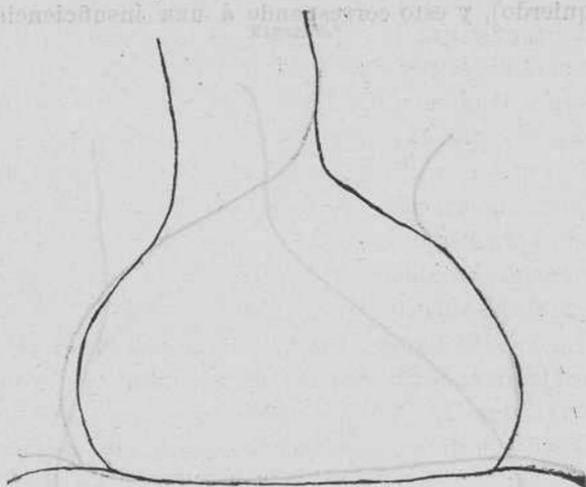


Figura 2.^a

Esta forma de corazón no es muy frecuente, según nuestras observaciones.

Otras veces se pronuncia la curva correspondiente á la aurícula izquierda, según puede verse en las figuras 9.^a y 10, más

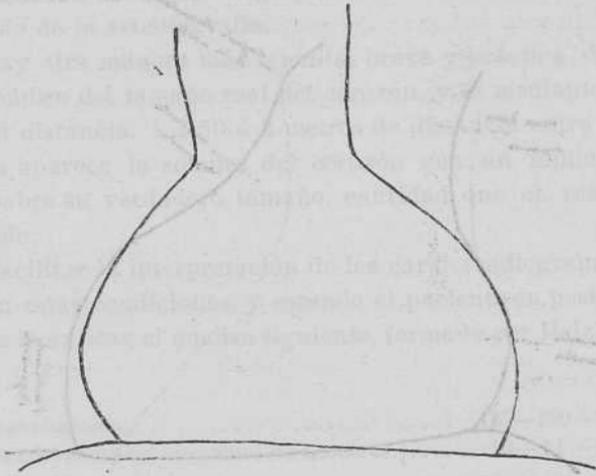


Figura 3.^a

aún en la 11 (aunque en éstas exista además hipertrofia del ventrículo izquierdo), y esto corresponde á una insuficiencia mitral.

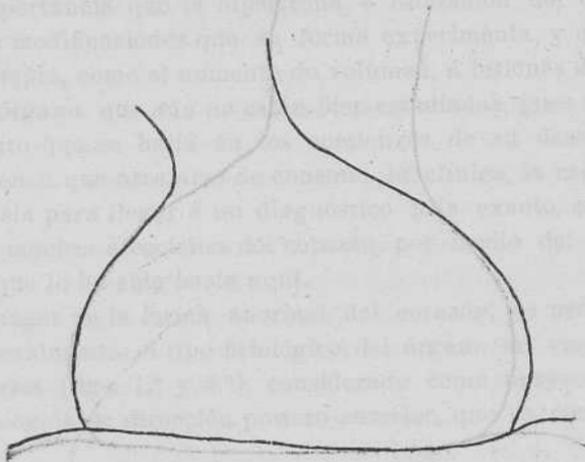


Figura 4.^a

Combinadas ambas deformaciones auriculares, dan lugar á la

forma esférica ó de bola del corazón, que, según Holzknacht, se observa casi únicamente en los nefríticos.

El corazón adopta con frecuencia la forma de huevos. Esta es característica de lesión cardio-aórtica.

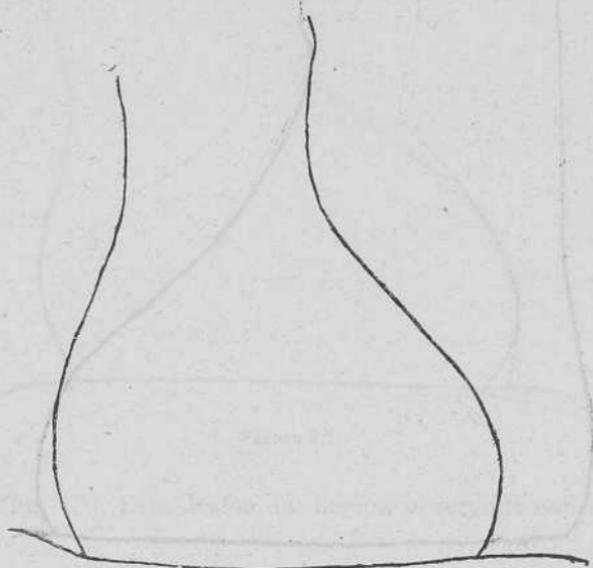


Figura 5.ª

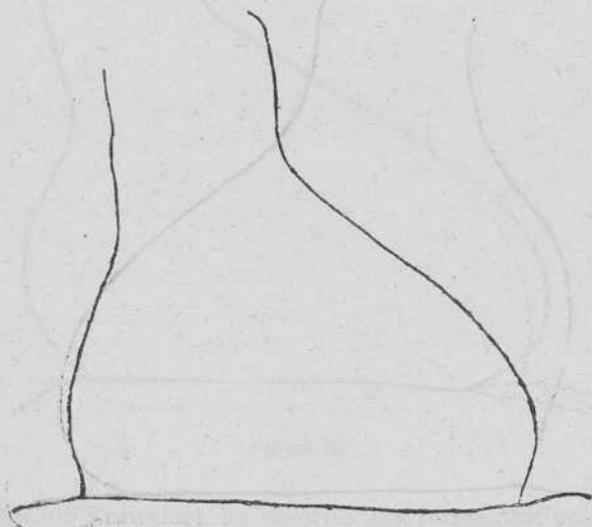


Figura 6.ª

Las figuras 6.^a, 7.^a, 8.^a, 9.^a, 10, 11 y 12 representan grados distintos de hipertrofia del ventrículo izquierdo, aislada, como lo

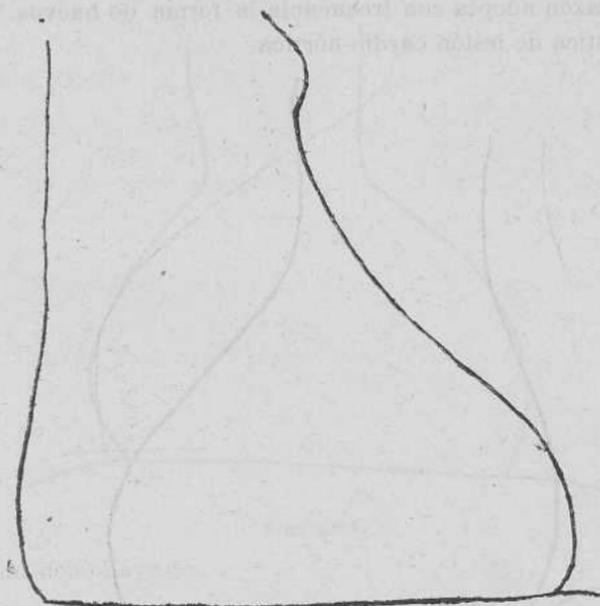


Figura 7.^a

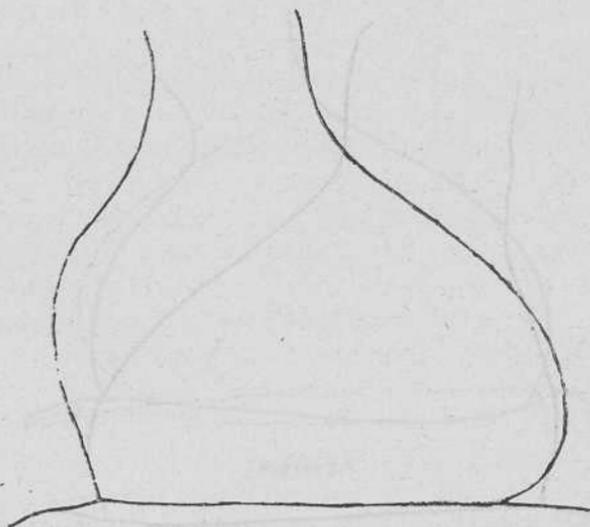


Figura 8.^a

demuestra la figura 12, combinada con dilatación de la aurícula izquierda (figs. 11, 9.^a y 10), con ligera dilatación de la aorta des-

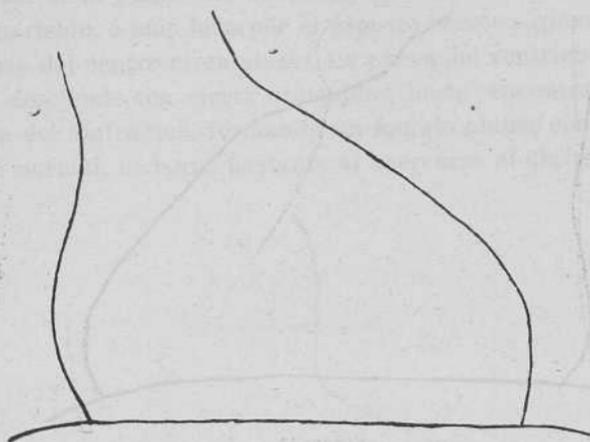


Figura 9.^a

cedente (fig. 7.^a). Esta lesión la hemos observado con más frecuencia.

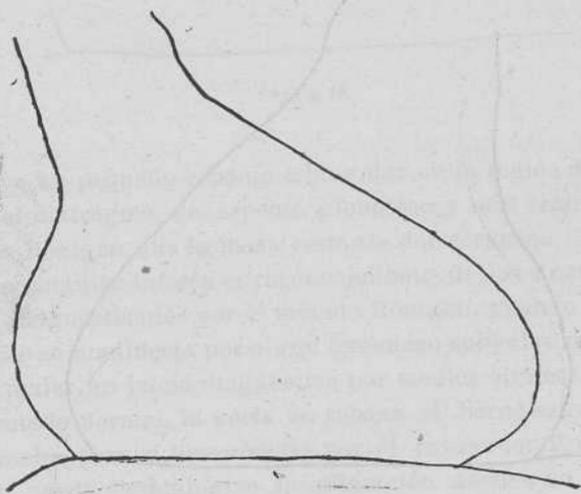


Figura 10.

Groedel, de Frankfort, ha descrito una forma particular de corazón que es expresión de un vicio congénito del mismo. Se ca-

racteriza porque en un corazón de volumen normal se presenta una excavación por debajo del cayado aórtico, en el punto corres-

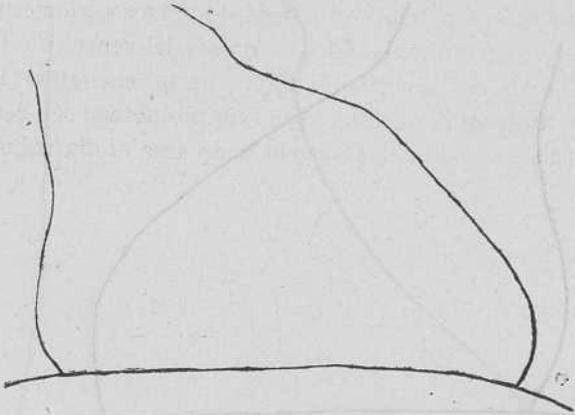


Figura 11.

pondiente á la arteria pulmonar. Esta depresión de la pulmonar es casi siempre resultado, según el autor citado, de un vicio con-

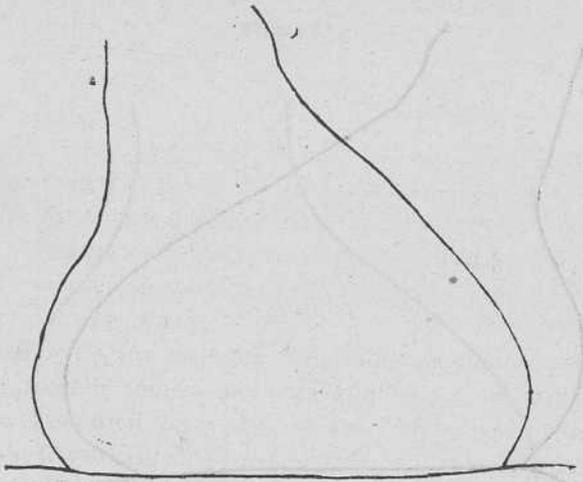


Figura 12.

génito; por lo general, se trata de persistencia del agujero de Botal.

La última figura ostenta un ensanchamiento considerable de

la región de los grandes vasos del corazón. Es resultado del éxtasis de los mismos.

También pone de manifiesto el método Röntgen la degeneración grasa de la punta del corazón. Se denuncia esta lesión por la desaparición, ó más bien por el aspecto borroso, glomerular, de esta parte del centro circulatorio. La curva del ventrículo izquierdo, que desciende con cierta oblicuidad hasta encontrar la línea convexa del diafragma, formando un ángulo obtuso con ésta en el corazón normal, se borra bastante al acercarse al diafragma, y se

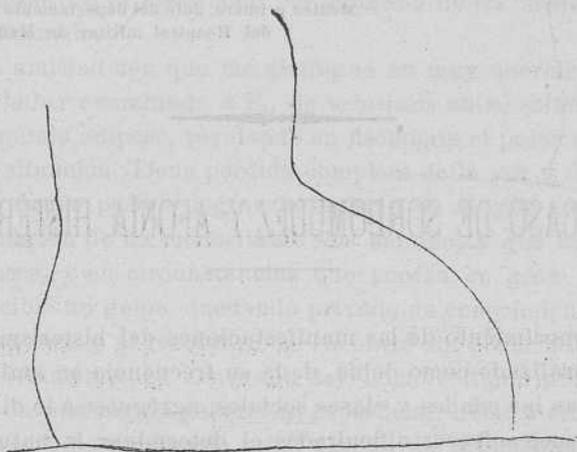


Figura 13.

constituye un pequeño espacio triangular en la región de la punta y sobre el diafragma, de aspecto globuloso y más transparente á los rayos Röntgen que la masa restante del corazón.

Es de singular interés el reconocimiento de los aneurismas de la aorta diagnosticados por el método Röntgen, cuando todavía la lesión sólo se manifiesta por algún fenómeno subjetivo insuficiente, para formular un juicio diagnóstico por medios clínicos.

En estado normal, la aorta no rebasa el borde esternal por el lado derecho, pero sí ligeramente por el izquierdo. Teniendo esto presente, puede dictaminarse la dilatación aórtica en su porción ascendente, cuando aparezca la curva de la sombra un poco por debajo de la cabeza clavicular derecha, y en la porción descendente del cayado cuando rebase un centímetro ó algo más del

borde esternal izquierdo, por debajo de la clavícula de este lado.

Si en la práctica civil ha de revestir tan señalada importancia el diagnóstico precoz de estas afecciones, en el ejercicio castrense adquiere mayor relieve, porque el Médico militar tiene que luchar diariamente contra las enfermedades simuladas y disimuladas, y sobre todo contra aquellos procesos que, antes de manifestarse por fenómenos objetivos, permanecen solapados y sin otros trastornos que los que el enfermo refiere.

B. NAVARRO CÁNOVAS,

Médico primero, Jefe del departamento radiográfico
del Hospital militar de Madrid.

UN CASO DE SORDOMUDEZ Y AFONÍA HISTÉRICAS

El conocimiento de las manifestaciones del histerismo no está tan generalizado como debía, dada su frecuencia en ambos sexos, y en todas las edades y clases sociales; agréguese á lo dicho el que á veces suele ofrecer dificultades el determinar la naturaleza de los trastornos que observamos, y otras plantea problemas médico-legales de gravedad, y ello justifica el que se publiquen las observaciones de esta clase.

Por nuestra parte, y á la especialidad que cultivamos, debemos el conocimiento incompleto que de aquella neurosis tenemos, por la frecuencia con que se nos presentan individuos con alteraciones á la misma debidas; y una de las circunstancias que más nos sorprendió, en nuestras primeras observaciones, fué el verla recaer á menudo en sujetos pertenecientes á la clase trabajadora. Más tarde, y oyéndole una de sus interesantes conferencias al ilustre Doctor Dieulafoy, en el Hôtel Dieu, comprendí cuán fácilmente puede sufrir grave quebranto la reputación del médico con esta clase de enfermos, de no estar prevenido, dada la existencia del histerismo monosintomático, de cuya forma nos presentó un sujeto con recidiva de amaurosis, y en el que no existía otra alteración. No ha mucho, y con motivo de un caso de esofagismo (actualmente tengo

en tratamiento una enferma con igual transtorno), publiqué un artículo en nuestra REVISTA tratando de dicho síntoma en la histeria, y de lo mucho que se ha escrito acerca de este particular, merece ser leído el excelente trabajo de mi distinguido amigo el Doctor Silverio Hernández, que apareció en el número 7 de la *Revista Española de Laringología*, del ilustre Tapia.

La observación que vamos á referir, ofrece el interés de su larga duración, veintisiete meses, y de las divergencias en la interpretación de los accidentes, sin que se haya invocado, que sepamos nosotros, el histerismo por ninguno de los médicos que le han examinado.

A la amistad con que me distingue un muy querido Jefe mío, debo el haber examinado á P., de veintiséis años, soltero, con escaso panículo adiposo, revelando su fisonomía el pesar que le produce su situación. Tiene pérdida completa de la voz y de la palabra, no siendo posible lograr la emisión de ningún sonido ni la pronunciación de un monosílabo. Nos manifiesta que hace veintisiete meses, y en circunstancias que ponían en gran peligro su vida, recibió un golpe, quedando privado de conocimiento durante algunas horas, y al recobrarlo se encontró sin poder hablar y sordo completamente. La contusión dejó como reliquia una pequeña cicatriz en una región parotídea, superficial, libre, y sin la menor importancia, no existiendo señal alguna de traumatismo en ninguna otra región. El enfermo sabe escribir, y por este medio nos comunicamos.

En la cara no existe alteración alguna, realizándose todos los movimientos con absoluta normalidad. La lengua tampoco ofrece modificación de color, volumen, ni motilidad. El velo del paladar está anesthesiado y no reacciona á ningún contacto, por mucho que se prolongue; esta circunstancia y la favorable disposición de la epiglotis, permite realizar un examen detenido de la laringe, que presenta ambas cuerdas en *abducción* extrema, lo mismo en la respiración normal que en la forzada; tan alejadas se hallan de la línea media, que están cubiertas en su mayor parte por las bandas, viéndose tan sólo sus bordes, y dando esta imagen la impresión de una atrofia considerable de aquéllas.

Pasamos á investigar la sensibilidad del órgano, y observamos que está abolida en la epiglotis y en casi todo el vestíbulo laríngeo; pero existe una zona en la pared posterior, cuyo frote origina

una aproximación de las cuerdas que no llegan al contacto, y en cuyo movimiento nos revelan su normalidad anatómica absoluta.

El examen de los oídos nos descubre lesiones de catarro seco. La prueba de Weber se lateraliza del lado derecho. La audición, para el reloj y la voz cuchicheada, es nula para ambos lados, y la voz gritada no es percibida por el lado izquierdo, y por el derecho á muy corta distancia. El Rinne para ambos oídos es positivo, y nada de particular ofrecen las restantes pruebas, no existiendo antes ni ahora alteraciones que revelen lesión del oído interno.

En ambos conductos auditivos está abolida la sensibilidad, de la que carecen los tímpanos en casi toda su extensión, existiendo alguna zona en la que el contacto del estilete produce protestas por parte del enfermo.

En las fosas nasales existe hipertrofia de los cornetes, y en la izquierda, además, presenta el tabique una cresta considerable. La sensibilidad general de la mucosa está muy disminuída, y casi abolida la olfativa.

La dificultad que ofrecía el comunicarse con el enfermo, toda vez que la escritura la realiza con mucha lentitud; el tiempo invertido en el examen, y sobre todo, lo indudable de la naturaleza de sus accidentes, me decidieron á renunciar á la averiguación de más antecedentes morbosos individuales y á los hereditarios.

En una sesión posterior intenté la curación de los trastornos por diversos medios sugestivos, que fracasaron, y al asegurar al enfermo que iba á recobrar inmediatamente el habla, su alegría fué enorme, y con ademanes muy expresivos, me reveló sus anhelos porque tales anuncios tuvieran confirmación.

Aquí terminaríamos, después de recordar las circunstancias en que aparecieron los trastornos en este individuo y en las que el traumatismo fué lo de menos, por su localización en la región parotídea y su carácter leve, no pudiendo imputársele la pérdida del conocimiento ni las alteraciones subsiguientes debidas, como el insuficiente relato que hace de las circunstancias en que se hallaba, á su estado moral, y con ello afirmariamos el diagnóstico expuesto, como epígrafe de este trabajo; pero las dudas que hemos dicho existen para la interpretación de aquéllos, y para los que no encontramos otra explicación que el olvido de los factores etiológicos y del carácter de repentinidad que revistieron en su aparición, nos

obligan á hacer algunas consideraciones que, de seguro, llevarán el convencimiento al ánimo de todos.

Traumatismo y emoción son las dos causas ocasionales de muy antiguo conocidas como capaces de despertar las manifestaciones de la neurosis que nos ocupa, y ambas, y en las condiciones más abonadas, se encontraban reunidas para ocasionar á este sujeto los trastornos que sufre, y el carácter de brusquedad con que se manifestaron, ya que la pérdida del conocimiento fué la causa de no observarse inmediatamente, acaba por disipar todas las dudas. No hay que exagerar las dificultades que existen á veces para determinar la naturaleza de las manifestaciones histéricas, pues aun en los casos más difíciles, en los que reviste la forma monosintomática, bastará con averiguar si han concurrido las circunstancias apuntadas y el examen del órgano ó aparato interesado, para emitir un diagnóstico.

Existe, además, en este caso, un carácter de mucho valor: la pluralidad de alteraciones, toda vez que con la mudéz hay sordera, afonía y trastornos de la sensibilidad, y sólo las referentes al oído podían originar alguna duda al no iniciado en la especialidad, por la concomitancia de un catarro seco; pero ni presenta marcha tan brusca, ni alcanza grado tan marcado.

Si á las alteraciones laríngeas nos referimos, tampoco hay razón para no formular un diagnóstico al primer reconocimiento, ya que la imagen observada es concluyente; á pesar de la anestesia que existía en este órgano, logramos separar las cuerdas de la extrema abducción en que estaban colocadas, por medio del portaalgodón. En nuestro artículo (1) al que hemos aludido, y refiriéndome á este particular, decía: «Y al hablar de manifestaciones histéricas, vienen á mi recuerdo las parálisis laríngeas que he observado, así denominadas, y que antes de hacer un estudio de esa dolencia despertaron mi atención: ¿no es, en verdad, especial el caso de una parálisis que no impide que los músculos afectos entren en contracción en diversos actos, reflejos é inconscientes, y sólo sean impotentes para la fonación voluntaria? Ya, y al examen con el espejo, se da uno cuenta de lo *especial* de aquella lesión, al observar que no hay posición fija, pues aparte el movimiento que determinan los actos reflejos, la movilidad se logra en diferente

(1) REVISTA DE SANIDAD MILITAR, 15 Abril 1910, pág. 225.

grado separando la atención del enfermo. Y esto, hoy perfectamente conocido y explicado, *apsitiria...*» Hemos reproducido los anteriores renglones porque tienen aplicación al caso actual, toda vez que la histeria es la sola causa de la afonía. No hay para qué invocar, como no sea para desecharla, la lesión de ambos recurrentes, pues los dos habían de estar alterados, dado el carácter bilateral de la lesión, y ello tampoco explicaría la brusquedad de la parálisis, á menos que invoquemos también alteraciones con igual rapidez de efectos, lo que hace inadmisibles tal hipótesis. Igual razonamiento es aplicable á la localización de los trastornos en los neumogástricos, y no merece mencionarse la posibilidad de lesiones corticales ó bulbares por alguien invocadas, por estar en abierta contradicción con cuanto nos enseña la clínica, toda vez que en esos casos va acompañada de síntomas que las denuncian.

Respecto á la prolongada duración de los accidentes, señalada para rechazar la existencia del histerismo, permítasenos recordar, entre millares, la observación (1) de Raviart y Dubar con mutismo, afonía, amnesia, afasia, etc., etc., que databa de ocho años, y fué curado el enfermo por la sugestión.

Y para acabar, señalaremos el hecho, indiscutible y de gran importancia, que este individuo pudo ser diagnosticado, sin esfuerzo alguno, al ocurrirle el accidente, de intervenir un médico habituado á realizar la exploración de los órganos interesados, que no es más difícil que la ejecución de un cateterismo ureteral, ó el hacer un examen de fondo de ojo, por ejemplo, revelando esta observación la necesidad absoluta é imperiosa de establecer oficialmente las especialidades, para impedir se cometan errores, que pueden tener en determinadas circunstancias gran trascendencia, ó vernos obligados á reclamar el concurso de individuos ú organismos extraños á nuestro Cuerpo.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

1) *L'Echo Médical du Nord*, 11 Avril 1907.

UN NUEVO CATEDRÁTICO

Con este título dice *La Publicidad*, de Barcelona:

«En el restaurant Martín, y organizado por los redactores de la *Enciclopedia Universal Ilustrada*, se celebró ayer por la noche un banquete en obsequio del nuevo Catedrático de la Facultad de Farmacia de esta Universidad, D. Enrique Soler, uno de los redactores de dicha obra.

El objeto de la fiesta fué celebrar el triunfo que éste ha obtenido al alcanzar por oposición y votación unánime del Tribunal calificador la Cátedra de Farmacia Práctica, que se hallaba vacante en nuestra Universidad.

El Sr. Soler, que ha pertenecido al Cuerpo Farmacéutico del Ejército, del que se separó para ejercer libremente su carrera, ingresa joven en el Profesorado á cuya labor contribuirá poderosamente, de seguro, con su talento y sólida preparación científica.

El banquete fué selecto y se vió muy concurrido.

Nuestra felicitación al Sr. Soler.»

Cuando hace pocos años las exigencias del servicio obligaron á llamar á él á los supernumerarios, una de las pérdidas más grandes para el Cuerpo fué seguramente la del Farmacéutico segundo don Enrique Soler y Batlle, de sólida y extensa cultura científica. Esperábamos, sin embargo, que sus excelentes condiciones pedagógicas y su decidida vocación al alto magisterio de la ciencia, fuesen un día aprovechadas en bien de nuestro país, y ésto se ha logrado mediante las brillantes oposiciones en que ha conquistado la Cátedra de Barcelona, que será altamente honrada por el que hasta hace poco vistió nuestro honroso uniforme.

Mucho esperamos de su gran ilustración y de sus entusiastas iniciativas para vigorizar aquella Facultad de Farmacia que, según noticias que han llegado hasta nosotros, llevaba hace algún tiempo una lánguida vida científica, debida á interinidades y otras causas.

Al felicitarnos por el triunfo del que fué nuestro compañero, felicitamos á aquella Facultad de Farmacia y al Sr. Soler y Batlle, merecedor de las más altas distinciones.

D. B.

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.

GENERALIDADES DE LAS HERIDAS POR LOS PEQUEÑOS PROYECTILES DE GUERRA

(CONTINUACIÓN)

IV

Naturaleza de las heridas de bala.

Antiguamente se las consideraba como heridas envenenadas por los gases de la pólvora, y, en consonancia con esta errónea idea, se las quemaba con aceite hirviendo para destruir el tóxico. Después de la batalla de Pas de Sure (1530), Ambrosio Pareo terminó el aceite antes de haber cauterizado todos los heridos; preocupado y temeroso por ello pasó la noche; pero al día siguiente notó, con extrañeza, que los que no habían sido tratados por la unción ofrecían mejor aspecto en sus heridas y mejor estado general que los que habían sido atormentados. Desechóse aquel método y aquella concepción, pero se siguió creyendo que eran análogas á las quemaduras por un metal; creencia que se destruye, aparte de otras muchas razones, recordando que la temperatura de la bala es siempre inferior á 80° (Beck), y ordinariamente de 30° á 40°, ó sea la temperatura del cuerpo humano, ó menos aún.

Neudörfer las asimila á punciones de trócar; comparación insostenible, porque en las heridas de bala hay algo más que una simple disociación de los tejidos.

La fuerza hidráulica no puede explicar la naturaleza de estos traumatismos, toda vez que sólo se ejerce en una zona del trayecto del proyectil; tampoco el proyectil-aire de Melsens, cuya existencia es dudosa á velocidades menores de 400 metros, y cuyo modo de obrar es oscuro.

De modo que por exclusión se llega á la teoría, hoy casi universalmente aceptada, de la percusión, ó más exactamente, de la

contusión, en el sentido más lato de la palabra. No solamente hay compresión de los tejidos heridos, sino que hay desgarró y separación de sus fibras, y á cortas distancias arrancamiento y ablación de una porción mayor ó menor de ellos, que, proyectada por la bala hacia adelante y hacia los lados, constituye un proyectil secundario que amplifica los desórdenes.

V

Sintomas generales de las heridas de pequeños proyectiles.

Aunque es muy difícil trazar un cuadro sindrómico general, porque varía según la región afecta, la extensión del traumatismo, la velocidad y la forma del proyectil y otros datos, hay algunos fenómenos que, en más ó en menos, se presentan en casi todas, por no decir en todas las heridas de bala. Tales son el dolor, la anestesia, la hemorragia, la sed y el síncope.

Dolor.— Aunque puede ser muy agudo, es generalmente escaso, y no está en relación con la gravedad del traumatismo. pudiendo ser nulo aquél, y pasar éste desapercibido por la excitación que en el ardor del combate se apodera del ánimo, hasta que la presencia de la sangre ó la inercia de la parte herida llaman hacia ella la atención del sujeto.

Pero lo común es que éste, en el instante de recibir el tiro, perciba una sensación como de golpe ó bastonazó, lance un grito de queja ó de rabia, retroceda ó se precipite hacia adelante, y vaya á caer á los pocos pasos.

A veces el dolor se refiere á un punto distante del sitio afecto.

Anestesia.— Coexiste con el dolor, obtuso ó no, una especie de embotamiento de la herida, que se extiende alrededor de ella en mayor ó menor radio, y que en algunos casos persiste todavía varios meses después de la curación (Berger); por esta insensibilidad se aconseja practicar la exploración inmediata de la herida.

Explíquese por la conmoción sufrida por los ramúsculos nerviosos de la parte, que si bien en la mayoría de ocasiones es limitada, puede, sin embargo, dar lugar á paresia y á impotencia transitorias, y se observa hasta en simples contusiones de la piel, por lo cual algunos se preguntan si pudieran ser dependientes de actos reflejos que den lugar á fenómenos de inhibición.

En este orden de hechos pueden colocarse la depresión del pulso, la palidez del semblante, el sudor frío, el shock, el delirio traumático, etc.

Hemorragia.—Aparte de los casos en que es herido un grueso tronco vascular, el derrame sanguíneo es mucho menor de lo que sería en una herida incisa de igual superficie. Pero aquellas lesiones son más y más frecuentes á medida que van perfeccionándose las armas de guerra.

Sed.—Es bien sabido que todos los heridos sienten intensa necesidad de beber, y la frecuente imposibilidad de remediarla ha dado lugar en todas las campañas á infinitas dramáticas escenas de dolorosos recuerdos. Y esta sed, lo mismo se observa con ligeros traumatismos que con terribles destrozos; por lo cual es lícito presumir que, más que la pérdida de sangre, la origina el estado moral y físico peculiar al combatiente en el campo de batalla, engendrado por la fatiga, la sobreexcitación, el calor, el polvo.

Síncope.—Casi constante cuando hay lesión de los troncos nerviosos, muchas veces se observa sin traumatismo de aquéllos, y es lo notable que no tiene lugar si el sujeto no tiene conciencia de que está herido.

La mayoría de ellos pierden el conocimiento por espacio de un tiempo más ó menos largo, durante el cual permanecen tendidos en el campo de la lucha, en cuya situación á veces son alcanzados nuevamente por las balas ó pisoteados por los caballos, ya que en un combate es imposible de todo punto efectuar el levantamiento de las víctimas con la rapidez que sería de desear, por más que los individuos del Cuerpo de Sanidad Militar de todos los ejércitos expongan su vida en tan noble misión, como de ello en nuestra Patria se han dado repetidos y sublimes ejemplos.

VI

Diagnóstico de las heridas de bala.

El diagnóstico de estos traumatismos no se limita á comprobar su existencia, sino que abarca una porción de extremos: extensión del trayecto, órganos que interesa, lesión de cada uno, presencia ó no en él del proyectil ó de cuerpos extraños, etc.; siendo á veces

preciso proceder á una *exploración* para apreciarlo debida y exactamente.

Respecto á la misma, unos recomiendan que, aprovechando los primeros momentos, en que la anestesia de las partes facilita el examen, se practique su reconocimiento siempre y en todo caso. Pero el temor de que por ella se infecte una herida que de por sí sea aséptica, ó de que con los procedimientos empleados se separe un tapón que impida la hemorragia, ha hecho que por muchos se proscriba sistemáticamente la exploración inmediata.

Creo que en un justo medio se halla la conducta racional que hay que observar. No practicar las exploraciones sino cuando hay una verdadera indicación, pesando concienzudamente su pro y su contra, y realizarla rodeándose de las mayores condiciones posibles de asepsis.

Paré y Legouest aconsejan que se haga tomar al herido la posición que guardaba en el momento de recibir el disparo, con lo cual se mantiene ó se restablece la primitiva dirección del canal traumático, se explican las múltiples aberturas cutáneas hechas por un solo proyectil, ó las heridas únicas producidas por varias balas, se comprenden las desviaciones que éstas pueden sufrir y se obtienen otros utilísimos datos. Fischer no concede á esta investigación el menor valor, por la común ignorancia de los heridos acerca de la posición que tenían, y cree que puede ser nociva por los movimientos dolorosos que han de ejecutar, ó los desplazamientos de los tejidos, que no siempre son *inocuos*.

El examen de los vestidos permite reconocer que el tiro ha sido recibido á corta distancia, si presentan indicios de quemadura. El estudio de sus perforaciones indica el punto de entrada y el de salida de la bala (Delome): el primero es regular y en relación con el diámetro del proyectil, ó algo menor; el segundo es desgarrado, pero de diámetro igual ó poco mayor que la bala, si ha atravesado solamente partes blandas; y ancho y muy irregular, si ha producido fractura ósea ó lesión de órganos duros. La presencia de un solo orificio indica el alojamiento probable del proyectil en el organismo.

Es útil cerciorarse de que no faltan partes del vestido ó de los objetos contenidos en sus bolsillos, que el proyectil puede haber roto y proyectado como cuerpos extraños en el interior de las carnes. Con mayor motivo esto se aplica á las piezas de equipo y ar-

mamento: correas, mochilas, vainas, placa del cinturón, botones, trozos de bayoneta, fusil, sable, etc.

El examen del proyectil, que puede ser útil en un caso concreto, no tiene, como regla general de conducta, el valor que le señalan Longmore y Bousquet, quienes establecen numerosas conclusiones, según la deformación sufrida, su pérdida de peso, apreciable con la balanza, y las estrías ó ranuras de su superficie, visibles á la lente; relacionando estos datos con tales ó cuales lesiones óseas y viscerales.

Estoy muy lejos de creer aceptable este valor que los citados autores le asignan, fundándome en que, en una ambulancia, el cirujano que ve por momentos el número de los que necesitan urgente socorro, carece de tiempo para entretenerse en estas filigranas de lentes y balanzas, en que si el proyectil ha atravesado el cuerpo ó un miembro, suele ir á caer lejos del herido; y si permanece alojado en un distrito orgánico, sólo puede hacerse el examen después de su extracción (maniobra de discutible utilidad en muchos casos), en el curso de la cual el estudio directo de la herida es incomparablemente más instructivo que el del proyectil; en que si la bala ha caído cerca del enfermo, es difícil saber, entre las muchas que cubren el suelo de un campo de batalla, cuál es la responsable de los destrozos que tenemos á la vista; y finalmente, en que las modernas balas acorazadas, sobre no deformarse, fragmentarse ni alterarse en lo más mínimo, van á parar á inmensa distancia, después de atravesar uno ó varios sujetos.

La inspección visual de la región afecta suministra desde luego valiosos elementos de juicio, y múltiples datos cuyo valor no es necesario encarecer. Enseña el número, forma y extensión de las heridas, las deformaciones sufridas por la región, los caracteres de los agujeros, el equimosis y la palidez ó la gangrena de los tejidos; el asiento y la dirección de los orificios indican los órganos interesados; la cantidad y color de la sangre que se derrama, su impregnación en las ropas y la espontánea ó no cohibición de la hemorragia, hacen comprender si hay ó no lesión arterial ó venosa de cuantía; y la naturaleza de los líquidos que fluyen revela la abertura de la entraña, conducto ó reservorio que los produce, conduce ó contiene.

Por el tacto y la palpación, directa y asépticamente practicados, se reconoce la prominencia que la bala ó un cuerpo extraño

hacen debajo de la piel ó de las partes profundas, la sensibilidad y temperatura de la región, las colecciones líquidas, el enfisema, los latidos de un aneurisma, ó la desaparición de las normales pulsaciones arteriales, la crepitación de una fractura, la disposición de los fragmentos óseos, etc.

Aleccionados por las precedentes observaciones, ¿hay que limitarse á ellas para fundar el diagnóstico, ó es oportuno y conveniente proceder á la exploración digital ó instrumental de las heridas?

Longmore, Richter, Legouest y otros, en todos los casos en que hay trayecto ó una herida profunda, introducen en el canal traumático un estilete, una sonda ó el dedo, para asegurarse de sus condiciones, reconocer el estado de las partes heridas y practicar los desbridamientos necesarios para extraer el proyectil y los cuerpos extraños que puedan existir.

En cambio, Billroth, Esmarch, Lister y muchos más consideran como mucho más peligrosas las manipulaciones intempestivas, y generalmente poco ó nada asépticas, que se practican en busca del proyectil, que la permanencia misma de ese cuerpo extraño en el espesor de los tejidos.

Como he dicho antes, la conducta racional se halla en un término medio, que puede resumirse en esta regla: exploración juiciosa, y abstención de exámenes inútiles.

La exploración digital es preferible, en términos generales, á la exploración por medio de instrumentos, que, sobre ser de más difícil asepsis, carecen de la sensibilidad del dedo, y en modo alguno reúnen las favorables condiciones de éste. Si es preciso, se dilata el trayecto con laminaria, con esponja preparada ó con el bisturí.

Sus indicaciones, según la mayoría de los cirujanos, son las siguientes: Primera: trayectos en fondo de saco en las partes blandas, en los que es indudable la presencia del proyectil, y su extracción fácil y conveniente. Segunda: fracturas diafisarias con esquirlas múltiples. Tercera: heridas articulares. Cuarta: lesiones de un vaso grueso, no accesibles directamente y con abundante hemorragia. Quinta: heridas del abdomen con lesión visceral y peligro de derrame peritoneal; y Sexta: los casos en que la exploración es forzosa, como medio diagnóstico ó como procedimiento terapéutico. Siempre teniendo en cuenta que el mayor peligro de las heridas de

bala es su infección, y haciendo todo lo posible para prevenirla ó para combatirla si ya existe.

Cuando, transcurrido algún tiempo, la herida no cicatriza, se infecta y supura, formándose abscesos, fístulas ú otras complicaciones; la exploración, que en este caso se llama *retardada*, se impone, y se practica, ya como objetivo simplemente diagnóstico, ya como primer tiempo de una operación, variable según las circunstancias del caso, pero que siempre ha de consistir en la limpieza del foco traumático.

Para ello puede auxiliarse la exploración digital con algún explorador artificial, de los que hay numerosos modelos.

Exploradores mecánicos.—Con objeto de comprobar la presencia de la bala, se han construído varios, que tienen por fundamento la sensación percibida por la mano del que sostiene el explorador al chocar éste, que suele ser un cuerpo duro, con el metal del proyectil.

Tal es el estilete de Larrey, el tirafondo de Baudens, el trócar de Toutant, la pinza de Baudry, la de Vezien, los sacabalas ordinarios, la trefina de Hueter, el explorador de Neudörfer, el estilete-pinza de Lecompte, el estilete-bala de Nelaton, etc. Todos estos instrumentos, que en algún caso pueden ser útiles, son en los más de ilusorio provecho, ya por la dirección del trayecto, ó ya porque la interposición de un músculo, grasa, aponeurosis ó de algún trozo de ropa, arrastrado por la bala, impide el contacto.

Exploradores eléctricos.—Fundándose en que una corriente débil que no pueda vencer la resistencia de los tejidos humanos cerrará su circuito si se interpone en ella un cuerpo buen conductor (bala), y relacionándola con un galvanómetro ó con una pila termo-eléctrica que sirva de electro-motor, ó con timbres ó con electroimanes, se han construído por Fabre, Fontán, Rumkorff, Wilde, Kowacs, Liebreich, Millot y otros, ingeniosísimos aparatos de discutible utilidad práctica. Recientemente, Graham, Bell y Hughes han presentado micro-teléfonos para este objeto.

Exploradores químicos.—Deneux aconseja introducir en el trayecto un vástago, en cuya extremidad se fija una esponja ó una bolita de hilas ó de algodón, mojadas en agua acidulada; se deja un rato en contacto con el fondo, y se extrae; esta agua acidulada, al ser yuxtapuesta á la bala, disuelve una parte de su metal, que se hace sensible por las reacciones siguientes: con una disolución de iodu-

ro ó cromato potásico se forma un precipitado amarillo, si hay plomo; agregando unas gotas de amoníaco líquido se produce coloración azul, si se trata de cobre ó bronce; é igual coloración se obtiene, por formarse el azul de Prusia ó el de Turnbull, si el proyectil es de hierro, adicionando una solución de ferro ó ferri-cianuro potásico. Pero todas estas reacciones son susceptibles de error, por muchas circunstancias que pueden modificarlas ó enmascararlas.

En suma, todos estos medios de exploración serán hacederos en un hospital fijo, en que el profesor tiene tiempo y sosiego para dedicarse á minuciosas investigaciones. Pero en los hospitales de sangre y en las ambulancias sanitarias, en que el tiempo es escaso, los heridos muchos y la calma imposible; donde las exploraciones han de ser breves y las resoluciones rápidas, y en los que no es posible tener estos aparatos de conducción delicada y de alteración fácil..., y gracias si no faltan otros elementos más necesarios..., ¡á veces hasta el agua!..., se comprende sin esfuerzo que no pueden utilizarse los datos, más ó menos problemáticos, que proporcionan.

El dedo del cirujano ayuda, pues, como el explorador por excelencia, tanto más perfecto cuanto más educado en la práctica. El dedo diferencia los cuerpos extraños metálicos de los orgánicos (cuero, ropa); aprecia la dureza del hierro, del bronce, del acero, la untuosidad y blandura del plomo; conoce la rugosidad y aspereza especial de los secuestros y esquirlas óseas; se da cuenta de las relaciones de los cuerpos extraños con las partes vecinas, de su fijeza y movilidad, de su forma y volumen, de las dificultades que su extracción puede presentar; distingue un músculo de un hueso, una arteria de una vena, un tendón de un nervio, las vísceras entre sí; y, en una palabra, hace verdadero el símbolo antiguo de la Cirugía, que la representa por un ojo en la palma de la mano (1).

(1) La investigación de los proyectiles ha sido revolucionada por el descubrimiento de Röntgen: radioscopia, radiografía. Para indicar exactamente el sitio de un proyectil en el cuerpo, es preciso emplear métodos muy complejos, cuya descripción no es aquí pertinente. Pero se puede tener una aproximación, muy á menudo suficiente, tomando dos pruebas bajo incidencias que varíen unos 90°. En uno de los últimos números de la *Presse Médicale* (núm. 19, 8 Marzo 1911), Chaput y Vaillant publican un trabajo describiendo un método sencillo y preciso para la localización de los proyectiles en los tejidos mediante los rayos X, que será consultado con provecho por aquellos á quienes interesen estas cuestiones.

VII

Cuerpos extraños y su extracción.

Ya he dicho que estos cuerpos extraños pueden ser, no sólo el proyectil y sus fragmentos, sino también diversos objetos arrastrados por éste: pedazos de vestido, equipo ó armamento, trozos de piedra, granos de tierra ó arena, astillas de madera, pipas, boquillas ó monedas rotas en los bolsillos, botones, esquirlas óseas, dientes, etc.

La permanencia de los proyectiles en el espesor de los tejidos era más frecuente con los antiguos, de lo que es y será con los modernos; éstos, por su mayor velocidad y fuerza viva, por su forma más prolongada y por su menor diámetro, tienden á la perforación completa.

Sin embargo, el desgarro de la cubierta en los acorazados y su separación del núcleo de plomo pudiera dar lugar á que la envoltura, rezagada á éste, quedara en el cuerpo, ya que dicho manguito, por su delgadez y la desigualdad de su forma, ha de perder rápidamente su movimiento de traslación á través de los tejidos.

Las piedras, trozos de vestido y demás objetos se observan ahora como antes. Delorme dice que los filamentos de la lana del pantalón ó capote forman una especie de fina capa que tapiza las paredes del trayecto, pero muchas veces son verdaderos jirones de trapo los que en él se observan.

Todos estos cuerpos, abandonados en medio de los tejidos humanos, sufren uno de los dos procesos siguientes: *enquistamiento*, ó *descomposición*.

Sufren el enquistamiento, cuando son limpios y completamente asépticos, los metales, piedras, vidrios, ladrillo ó argamasa, especialmente si su forma es regular y lisa, y se alojan en una región de escaso movimiento. Este fenómeno, muy á menudo observado antiguamente, se explicaba por una especial tolerancia de los tejidos para las balas de plomo.

Se hallaban éstas en las autopsias después de permanecer muchos años *in situ* sin molestia para el que las llevaba, ó bien determinaban dolores y trastornos funcionales de la región en que radicaban, ó lentamente se abrían paso por el trayecto primitivo

y cicatrizado, ó por otro nuevo hacia una cavidad esplágnica, ó hacia la piel; ó sin progresar, y quedando fijas en su sitio, originaban fistulas y supuraciones inagotables, que empezaban antes de curarse la herida ó después de cerrada.

Los cuerpos orgánicos (telas, ropas, cueros, coágulos, etc.) jamás se enquistan; y si no son extraídos, se descomponen y entran en putrefacción, y engendran la sepsis de la herida, que no llega nunca á cicatrizar si no se la libra del peligroso huésped que ha llevado allí los microorganismos infectivos.

Igual acción ejercen los cuerpos metálicos y duros cuando no son limpios y completamente asépticos, porque la flagosis de los tejidos no depende de la naturaleza, ni de la forma, ni de la consistencia del cuerpo extraño, sino simplemente de su suciedad y de los microbios de que es vehículo.

La misma disparidad de criterio que existe entre los partidarios de la exploración inmediata de los trayectos de las heridas por pequeños proyectiles, y los que son opuestos á ella, se produce entre los que creen conveniente la investigación y extracción inmediata de la bala ó los cuerpos extraños y los que proscriben la intervención de momento, esperando para ello á que se produzcan complicaciones que indiquen claramente la presencia de aquellos cuerpos, el sitio que ocupan y la necesidad de extraerlos.

Stromeyer en Alemania, Otis y Gross en América, Longmore en Inglaterra y Legouest y Delorme en Francia, creen más útil buscar y extraer inmediatamente los cuerpos extraños, que la herida puede contener. Hacen notar que son excepcionales y raros, por más que se diga, los hechos de enquistamiento de las balas y cuerpos metálicos, y que nunca se realiza el de los cuerpos orgánicos (cuero, ropas, madera, sangre); unos y otros determinan, en la mayoría de los casos, dolores y trastornos funcionales, supuraciones, flemones y abscesos que hacen casi inútil el miembro é insoportable la vida; y finalmente, el dolor de la exploración es mínimo, haciéndola poco después de recibir la herida, previniéndose la infección por medio de una antisepsis rigurosa.

(Continuará.)

VARIEDADES

En el Instituto de Higiene Militar se han verificado, durante el mes de Febrero de 1912, los trabajos siguientes:

Productos analizados.—*Alimentos:* leches, 2; jamón, 1.—*Bebidas:* aguas, 1.—*Secreciones y excreciones:* jugo gástrico, 2; heces, 1; orinas, 329; cálculos, 2; saliva, 1; esputos, 28.—*Tejidos y sus derivados:* sangres, 10; tejidos, 2; órganos, 5; exudados, 2; pus, 6; membranas, 1; tumores, 4; líquido patológico, 1.—*Suero-reacciones aglutinantes:* tífus, 1; paratífus B, 1; fiebre de Malta, 3.—*Reacciones de fijación de complemento:* Wassermann, 22.—Total productos analizados, 425 muestras.

Productos elaborados.—*Medios de cultivo:* Agares: frascos, 2; tubos, 413. Caldos: frascos, 8; tubos, 217. Gelatinas: tubos, 68. Leche preparada: tubos, 6. Patata glicerínada: tubos, 6. Soluciones: tubos, 6.—*Reactivos químicos para análisis y elaboraciones:* Soluciones colorantes: frascos, 3. Tituladas: frascos, 114.—*Sueros:* Hemolítico anticarnero: frascos, 2. Suero antidiftérico: frascos, 78.—*Toxinas diagnósticas:* Malleína diluída: ampollas, 4.—*Vacuna antivariólica:* Pulpa glicerínada: viales, 1.243; tubos, 4.—Total productos elaborados, 2.174 unidades.

*
*
*

Con toda solemnidad tuvo lugar el 1.º del corriente la jura de la bandera por los Farmacéuticos segundos de la última promoción.

El acto efectuóse ante la veneranda insignia patria del Batallón Cazadores de Llerena, asistiendo muchos Jefes y Oficiales, especialmente del Cuerpo de Sanidad Militar.

A continuación, los nuevos Farmacéuticos militares reunieron en fraternal banquete, al que asistieron los individuos del Cuerpo, Sres. García Mercet, Maffey, Úbeda, Cambronero, Ferratges, Alfonso, Cruz Repila, Izquierdo y Vicioso.

También fueron atentamente invitados un Jefe, un Capitán y un Oficial del citado Batallón de Cazadores, cruzándose entre los comensales elocuentes y afectuosas palabras de compañerismo.

*
*
*

Ha sido agraciado con la cruz de segunda clase del Mérito Naval, con distintivo blanco, el ilustrado Médico mayor D. José González Granda, que presta sus servicios en el Hospital de Santa Cruz de Tenerife.

* * *

Según las últimas estadísticas, existen en Europa 228.254 Médicos, de los cuales ejercen 162.236.

* * *

Los 42 Médicos segundos de la última promoción de la Academia Médico-Militar se han inscrito como socios del Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción.

Y como si no fuera bastante esa señalada prueba de filantropía y compañerismo, acordaron á los postres de una comida, celebrada para festejar la posesión de su nuevo empleo y la despedida á que les obliga sus recientes destinos, ofrecer como donativo extraordinario para el referido Colegio la suma de 50 pesetas.

* * *

En la Academia Médico-Militar se han instalado los aparatos necesarios para el peritaje de las especialidades, cuyo conocimiento interesa para la aplicación de la nueva ley de Reclutamiento.

También se ha montado una instalación de radiografía de campaña.

* * *

En una de las últimas sesiones de Cortes, el Diputado y Comandante de Caballería, D. Julio Amado, al rebatir el discurso del señor Rodés, hizo una calurosa y razonada defensa de la Oficialidad de Melilla, como encargada de propagar la civilización entre los elementos indígenas.

Fijóse especialmente el ilustrado Gerente de la *Correspondencia Militar* en la elevada misión del Cuerpo de Sanidad Militar, poniendo ejemplos elocuentísimos de la labor científica y arriesgada de los Médicos militares que, sin otro auxilio que un ordenanza, recorrían los domicilios de los moros enfermos, como tuvo él mismo ocasión de presenciar, verificándose en los consultorios de los zo-

cos una amplísima corriente de atracción, merced á la esmerada asistencia de nuestros compañeros.

No por ser las palabras del Sr. Amado representación de la verdad escueta, dejamos de agradecerlas en lo que valen, ya que, desgraciadamente, no estamos acostumbrados á que se hagan tan públicos actos que, aunque velados por la modestía, tienen indudablemente cierta grandiosidad que no debe pasar desaperebida á los representantes de la Nación y á todos los ciudadanos.

*
* *

La *Correspondencia Militar* del 12 del corriente inserta un extenso artículo, del Médico mayor D. Félix Echevarría, en el que trata, con gran acierto y competencia, de las fuentes de origen y medios de difusión de los casos de fiebre tifoidea ocurridos recientemente en esta Corte.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Las intoxicaciones alimenticias, por Lacquépée.—El autor designa con el nombre de intoxicaciones alimenticias á los accidentes de aparición tóxica que despiertan la idea de una intoxicación de orden químico, consecutivos á la ingestión de un alimento, y sin que la experiencia permita distinguir en este alimento la presencia de un veneno químico netamente definido.

La clasificación de estas intoxicaciones adoptada por el autor, es la siguiente:

1.º Intoxicaciones de forma gastro-intestinal.

a) Intoxicaciones por el *bacillus enteridis*. En este grupo entran, desde luego, las producidas por las carnes frescas (sobre todo el cerdo, la vaca y la ternera). Casi todos los animales de los que proceden estas

carnes estaban enfermos (enteritis, diarrea, piohemia en el ternero; accidentes puerperales en la vaca, etcétera); después los casos de envenenamiento por las carnes trabajadas (salchichas, etc.); rara vez, casos de envenenamiento por las carnes conservadas (cabra desecada al sol, corned-beef, jamones, etc.); algunas veces, envenenamientos por otros alimentos (pasteles de crema, legumbres, pescados, etc.).

b) Intoxicaciones por el proteus. Lo más frecuentemente, el elemento tóxico es la carne. Se trata siempre de carne ó trabajada ó mal conservada. Además, se consume cruda ó mal cocida. (Un calentamiento suficientemente prolongado á 65º, mata, en efecto, el microbio y destruye la toxina.) El elemento tóxico puede ser también la patata.

c) Intoxicación por el colibacilo, el enterococo.

2.º El botulismo. Clínicamente, el sistema nervioso está sobre todo interesado. Etiológicamente, todos los enfermos han hecho uso del mismo alimento, casi siempre la carne, la cual no era fresca y estaba conservada al abrigo del aire. Ha sido consumida cruda ó mal cocida. Frecuentemente, no aparece groseramente alterada. El número de víctimas es poco elevado. La causa de los accidentes es un microbio anaerobio: el *bacillus botulinus* de Van Ermengen.

Proflaxis.—Consiste en la inspección sanitaria obligatoria de las carnes; inspección, por tanto, del animal vivo y sobre el animal entero después de muerto. — (*Revue d'Hygiene*).—J. P.

* * *

Del desgarró del mesenterio en las hernias estranguladas, por Guibé.—

La desinserción del mesenterio del intestino es una complicación rara de la hernia estrangulada inguinal ó crural. Se produce sobre todo en los sujetos de edad avanzada, obesos, diabéticos ó albuminúricos, y puede ser completa ó incompleta, según que todo el espesor del mesenterio haya sido ó no seccionado, produciéndose lo más frecuentemente al nivel mismo de su inserción en el intestino.

Las consecuencias del desgarró del mesenterio varían según dos factores, que son la longitud de la solución de continuidad y su distancia del intestino. Si es pequeña, no tendrá inconvenientes; pero si se produce en la vecindad inmediata del intestino, priva la porción co-

rrespondiente de todo riego sanguíneo y se produce fatalmente la gangrena.

El mecanismo del desgarró, en caso de hernia estrangulada, está lejos de haberse fijado. Las causas predisponentes son las que disminuyen la resistencia del mesenterio. Ellas afectan, ya al sujeto mismo (obesidad, tara orgánica), ya á la estrangulación que produce lesiones de orden irritativo ó la necrosis por constricción. La causa ocasional reside en la taxis, pues el mesenterio, que resulta rígido por la grasa, no puede someterse á esta maniobra y soporta todo el choque.

En la historia clínica de estos enfermos, nada permite hacer el diagnóstico de esta complicación: sólo la presencia de una expansión intraperitoneal podría hacerla suponer.

La terminación casi fatal del desgarró es la gangrena del asa intestinal, que puede llegar á sobreponerse á los recursos de la cirugía, si la lesión es muy extensa.

El tratamiento es sencillo: donde el asa del intestino estrangulado está amenazada de esfacelo ó el desgarró es insuficiente para amenazar su vitalidad, no hay más que suturar la brecha y reducir el intestino si su estado no contraindica la reducción. — (*Revue de Chirurgie*)—J. P.

* * *

Acción del salvarsán sobre los elementos formes de la sangre.—

El Dr. Gerhard Schwaer, Ayudante del departamento médico del Hospital de Dresden-Johannstadt, ha emprendido una serie de experimentos para determinar la influencia del salvarsán sobre los elementos celulares de la sangre.

Por ser el preparado de Ehrlich un compuesto de arsénico, y por haberse observado de tiempo, los beneficiosos efectos terapéuticos de las sales de este metal sobre las enfermedades de la sangre, se sospechó que el salvarsán los poseería en mayor grado, dada su acción quemoterápica en otras enfermedades. La leucemia y la anemia han sido objeto de tales ensayos, pero Rostoksi y Leede observaron en la primera de estas enfermedades una agravación subsiguiente á la inyección de salvarsán, que fué seguida de defunción en cinco casos de los de anemia grave, tratados por este procedimiento. Bramwell, en cambio, obtuvo brillantes resultados en el tratamiento de las anemias perniciosas, en las que determinó la inyección de salvarsán un aumento del número de glóbulos rojos y aumento á la vez del valor globular ó riqueza en hemoglobina del glóbulo rojo. Schwaer ha querido determinar la acción fisiológica del salvarsán sobre la sangre normalmente constituida, y á este efecto analizó la de 24 sífilíticos, antes y después de la inyección del dioxidiamidoarsenobenzol. El valor globular no sufrió alteración consecutiva al tratamiento, ó fué muy ligera, unas veces con aumento y otras con disminución de la hemoglobina á lo más en un 5 á 10 por 100, sin que en el aumento influyera el empleo de pequeñas dosis, como se había presumido, ya que pudo observarse en inyecciones de 20 como de 60 centigramos.

En el número de glóbulos rojos se notaron los mismos variables resultados. Lo único que pareció observarse, casi de una manera constante, es el aumento de los polinuclea-

res á expensas de una disminución de los linfocitos. Estos resultados de disminución del valor globular y del número de eritrocitos, y los concernientes á los leucocitos, coinciden con los hallados por Bettmann al determinar la acción fisiológica del arsénico en los animales; y, sin embargo, nadie ignora los buenos efectos que se logran con la medicación arsenical en los enfermos que presentan alteraciones globulares de la sangre. Es que el arsénico es tan perjudicial para la sangre normal como beneficioso para la patológica. El preparado de Ehrlich, en cambio, al contrario de los otros arsenicales, ejerce perniciosa acción en los casos de anemia como en los de leucemia.

Sólo en algunos casos parece haber determinado una acción curativa; pero son tan inseguras y desconocidas sus indicaciones clínicas, que es mejor por ahora abstenerse de su empleo en esta clase de enfermedades. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, núm. 9, 27 Febrero 1912.)—*Pagés.*

* * *

El signo de las monedas en la ascitis.—La técnica para la rebusca de este signo es de las más sencillas.

M. Janney la describe así: para practicarla es suficiente con proveerse: 1.º, de estetoscopio ordinario de caucho endurecido ó de madera; y 2.º, de un ayudante percutor, que puede ser cualquier persona que se halle al lado del enfermo.

El enfermo será suficientemente descubierto, de manera que su abdomen esté completamente desnudo. Será de preferencia acostado en la posición dorso-lumbar, y será fre-

cuentemente útil levantarlo ligeramente en el lecho, con la ayuda de una almohada deslizada bajo la cadera, con objeto de hacer más fáciles la auscultación y la percusión de las partes declives. Para apreciar la movilidad del líquido en la cavidad peritoneal, se puede hacer acostar al enfermo sobre el costado, sentarlo y hasta hacerle adoptar la posición genu-pectoral, como para la rebuésca de la matidez movable.

Los lugares de elección para el descubrimiento del signo de moneda abdominal están situados en la parte más declive de la pared: fosa lumbar y fosa iliaca, un poco por encima de la cresta iliaca

El ayudante aplica entonces so-

bre la pared abdominal, en el punto indicado y de la manera más exacta posible, una de las dos monedas, que él fija sólidamente con dos dedos. Con el borde de la segunda moneda, sostenida por la otra mano, se golpea entonces sobre la primera así colocada.

Es bueno comenzar por una percusión ligera, aumentando progresivamente la intensidad.

Durante este tiempo, el observador aplica su estetoscopio en la región diametralmente opuesta del abdomen y ausculta los ruidos trassonantes, taponando el oído.— (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, Diciembre, 1911.— J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La viruela y la varioloide en el Ejército francés.—La viruela y la varioloide han resultado muy raras en el Ejército, gracias á la generalización de la vacuna. Se señalan anualmente por algunas unidades. Su relación milesimal con relación al efectivo es infima, y examinando la relación de casos aislados y de pequeños grupos epidémicos que se observan todavía de vez en cuando, se adquiere la convicción que se deben casi constantemente á faltas profilácticas. El papel de la población civil en la transmisión de la viruela al cuartel es manifiesta: la importación es la regla; el nacimiento real ó aparente en dichos locales, la excepción.

Balace de la viruela.

	NÚMERO DE CASOS		NÚMERO DE DEFUNCIONES	
	Interior.	Argelia-Túnez.	Interior.	Argelia-Túnez.
1901..	42	22	3	0
1902..	50	21	3	1
1903..	73	14	2	0
1904..	18	15	1	0
1905..	12	10	0	0
1906..	10	22	0	1
1907..	19	10	3	0
1908..	8	7	0	0

(Extracto del trabajo de M. Labit, Médico principal de primera clase, sobre la Patología del soldado: *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Febrero 1912.)—J. P.

Reclutamiento del Ejército alemán en 1910.—El total de jóvenes reconocidos ha sido de 1,245.363, que se descomponen en la siguiente forma:

De 20 años, 1. ^{er} reconocimiento.....	540.624
De 21 años.....	367.560
De 22 años.....	286.289
De mayor edad.....	50.890
Total.....	1.245.363

De éstos han sido:

Excluidos.....	890
Inútiles totales.....	34.067
Voluntarios de 20 años ó más.....	39.960
Al Ejército activo, como soldados.....	216.239
A la reserva activa.....	92.959
A la reserva territorial...	145.226
Excedentes.....	715.952

De los enviados á la reserva activa, lo son por diferentes motivos, pero especialmente por insuficiencia física, 80.262, y por la misma causa pasan á la reserva territorial 144.737.

De los incorporados tienen 20 años.....	101.215
De los ídem id. 21 años...	52.228
De los ídem id. 22 años...	60.071
De los ídem id. mayor edad	1.795

De los habitantes en el campo, eran dedicados á la agricultura 130.198, y fueron aptos 75.777; es decir, un 58,20 por 100. Campesinos de otras profesiones, 188.280, y se dieron por útiles 103.811, el 55,14 por 100.

Procedentes de poblaciones mayores de 2.000 almas y dedicados á faenas agrícolas, se reconocieron 18.445; útiles, 10.376, el 56,25 por 100. Industriales y otras profesiones, 221.674; útiles, 106.117, el 47,87 por 100.

En total, de 558.597, fueron útiles el 53 por 100, en vez del 53,55 por 100 que lo fueron en 1909.

En 1903, el tanto por 100 de útiles fué de 57,1.

De los inútiles, aumenta el número de poco aptos, disminuye bastante el de inútiles temporales, y también disminuye, pero lentamente, el de los excluidos totalmente.

Prusia, Alsacia y Lorena son las regiones que dan más individuos sanos, y Baviera Sajonia y la Silesia, las que dan más inútiles.—*F. G. D.*

* * *

Calor y luz por el acetileno en las formaciones sanitarias de vanguardia.—

La rebusca de los heridos, el empleo de los perros sanitarios y la iluminación del campo de batalla, dice el Dr. Lanel en *Le Caducée*, número 20, han preocupado y preocuparán largo tiempo todavía á los Médicos militares.

Pero es también muy interesante el alumbrado de los puestos de socorro y de la ambulancia divisionaria, ó de las formaciones de vanguardia llamadas á reemplazarlas, siendo los medios empleados, hasta el presente, bastante defectuosos.

M. Jacquemet, en el *Dauphiné Médical*, propone la utilización del acetileno, gracias á aparatos especiales por él ideados en unión de Prunier, constructor lionés.

Las características son: un generador de tela de plomo, de nueve kilos de peso, ocupando un volumen de 0,024 m. c. y capaz de admitir un kilo de carburo de calcio y cinco litros de agua; comprende un recipiente principal, un depósito de carburo y una campana.

El acetileno producido por la llegada del agua, gota á gota, sobre el carburo, se acumula bajo la cam-

pana. Si no es consumido, se ejerce una contrapresión y se detiene la caída de agua sobre el carburo.

A continuación de otros detalles respecto á su funcionamiento y rendimiento para alumbrado ó calefacción, M. Lanel propone se ensaye con motivo de las grandes manio-

bras, viéndose sobre el terreno si los inconvenientes, que no parecen muy grandes, son ó no obstáculo para su aplicación al carro médico regimentario. Los camilleros, en el momento del combate, los instalarían rápidamente en los puntos útiles.—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Pleuresía izquierda con dextrocardia completa (Extracción de nueve litros de líquido.—Gráfico de reposición visceral), por el Dr. D. José Codina Castellví, *Médico de número del Hospital General, Académico de la Real de Medicina, etc.*

Retrátase en esta Memoria el carácter observador y minucioso del Dr. Codina, clínico experto y sagaz, al que debe la bibliografía médica muy interesantes trabajos.

Como se indica en el título del que nos ocupa, se trata de un sujeto que acusaba tan gran derrame pleurítico, sobre todo en el hemitórax izquierdo, que produjo abolición completa del acto respiratorio en dicho lado, y gran disminución del campo hematósico en el derecho, en el cual aparecía dislocada la víscera cardíaca.

Después de metódicas aspiraciones, separadas por intervalos más ó menos grandes, á los que da gran importancia el autor, razonando sus apreciaciones, y de una autoseroterapia, procede á desarrollar el gráfico de la reposición visceral, auxiliándose de grabados y asignando para los derrames muy considerables de la pleura izquierda, el siguiente orden de vuelta á la normalidad: 1.º, hemidiafragma izquierdo; 2.º, pulmón derecho; 3.º, hígado; 4.º, corazón, y 5.º, pulmón izquierdo.

Las consideraciones que preceden á esta historia clínica acerca de la variabilidad de los derrames pleuríticos, y la crítica juiciosa que establece el autor valorando los síntomas más ó menos conscientes de apreciación por parte del sujeto, y los que derivan de la exploración, así como los modernos procedimientos terapéu-

tics de inyección gaseosa intrapleural, demuestran la plena posesión del asunto y la preferencia sentida por el autor hacia tan importante cuestionario.

J. P.

SECCIÓN OFICIAL

- 29 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 50) concediendo al Médico primero D. Agustín Van-Baumberghen Bardaji, la cruz de primera clase del Mérito Militar, con pasador del «Profesorado».
- » » Real orden (*D. O.* núm. 50) disponiendo le sea abonada al Médico primero D. Justo Díaz Tortosa su paga y demás devengos del mes de Marzo de 1911, que dejó de percibir en Ceuta.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 50) nombrando Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Tarragona al Médico segundo D. Eusebio Jimeno Sáinz.
- » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* núm. 52) asignando la pensión anual de 2.062 pesetas á la viuda del Inspector Médico de primera clase D. Elias García Gil, y la de 2.500 pesetas á la del Inspector Médico de segunda clase D. Juan Berenguer Salazar.
- 2 Marzo...—Real orden (*D. O.* núm. 51) concediendo el empleo inmediato superior, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Antonio Jordán Luna y D. José Zapico Alvarez; Médicos mayores don José Salvat Martí y D. Pedro Pérez Casabal, y Médicos primeros D. Germán Sorni Peset y D. José Martí Ventosa.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 51) disponiendo que los Jefes y Oficiales que á continuación se expresan, pasen á desempeñar los destinos que se señalan:
- Subinspectores Médicos de primera clase:* D. Antonio Jordán y Luna, ascendido, secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la segunda Región, al Hospital de Sevilla, como Director; D. José Zapico y Alvarez, ascendido, de la Inspección general de los Establecimientos de Ins-

trucción é Industria Militar, á desempeñar los cargos de Jefe de Sanidad de la octava Región y Director del Hospital de la Coruña.

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Francisco Alfau y Abreu, excedente en la segunda Región, á la Inspección de Sanidad Militar de la segunda Región, como Secretario; D. José Salvat y Martí, ascendido, del Hospital de Valencia, á la asistencia del personal de Plana mayor de la Capitanía general de la séptima Región y Subinspección; D. Pedro Pérez y Casabal, ascendido, del Hospital de Madrid, á la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar.

Médicos mayores: D. Antonio Fernández Victorio y Coaña, excedente y en Comisión en la Inspección general de las Comisiones liquidadoras del Ejército y Profesor de la Academia Médico-Militar, al Hospital de Madrid, continuando de Profesor en la citada Academia; D. Francisco Molinos y Romeo, del Hospital de Granada, al de Barcelona; D. Francisco Maranges y del Valle, del Hospital de Barcelona, á excedente en la primera Región y en Comisión á la Inspección general de las Comisiones liquidadoras del Ejército; D. Carlos Domingo y Jover, del Hospital de Figueras y en Comisión, en los Hospitales de Melilla, al de Valencia, continuando en dicha Comisión; D. Emilio Pacheco y Fuentes, de excedente en la cuarta Región y en Comisión en el Hospital de Figueras, al mismo Hospital en plaza de plantilla; D. Germán Sorní Peset, ascendido, del primer Depósito de caballos sementales al Hospital de Granada; D. José Martí Ventosa, ascendido, Secretario de la Jefatura de Sanidad de Mallorca, á situación de excedente en Baleares.

Médicos primeros: D. Paulino Paredes y Pereda, del Batallón Cazadores de Estella, 14, al de Barcelona, 3; don Rogelio Vigil de Quiñones, del Batallón Cazadores de Barcelona, 3, al primer Depósito de caballos sementales; D. Julián Minguillón y de Soto, del Regimiento Infantería de la Princesa, 4, á la Jefatura de Sanidad de Mallorca, como Secretario.

Médico provisional: D. Andrés Miralles y Vila, del Hos-

pital de Valencia, al primer batallón del Regimiento Infantería de la Princesa, 4, percibiendo sus haberes con cargo al capítulo 13, art. 2.º del presupuesto de este Ministerio.

- 2 Marzo....—Real orden (*D. O.* núm. 52) disponiendo que por el Depósito de la Guerra se proceda á la tirada de 3.000 ejemplares de la Memoria sobre la medicación antisifilítica con el «Salvarsán» ó «606», escrita por el Médico primero D. Angel Morales Fernández, siendo los gastos que se ocasionen satisfechos con cargo de los créditos que tiene consignados dicho establecimiento.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 56) autorizado al Médico primero D. Vicente Vidal Frenero para usar sobre el uniforme la medalla de plata de la Cruz Roja Española.
- 8 » Real orden (*D. O.* núm. 56) nombrando Médicos provisionales del Cuerpo á los individuos de tropa, Licenciados en Medicina y Cirugía, D. Emilio Ibáñez Sáinz, D. José María Porqueras Bañeres y D. José Chamón Vega, quienes son destinados, respectivamente, al Hospital de Vitoria, Batallón Cazadores de Estella y Eventualidades en la sexta Región.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 56) disponiendo que el Médico provisional D. Carlos Cortijo Ruiz del Castillo, de eventualidades en la sexta Región, pase á desempeñar igual destino en la primera encargándose además del servicio sanitario del Aeródromo Militar.
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 58) concediendo la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, al Médico segundo de la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo, D. Honorio Manso Rodríguez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 58) nombrando Farmacéutico provisional del Cuerpo al cabo de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, Licenciado en Farmacia, D. Joaquín Llovet Marqués.

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