

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año IX.

Madrid, 15 de Octubre de 1919.

Núm. 20.

SUMARIO

El Congreso Sanitario de Newcastle, por **Santos Rubiano**.—*Heridas cráneo-encefálicas de guerra* (continuación), por **Abilio Conejero Ruiz**.—*Estudios psiquiátricos: «Los semilocos» desde el punto de vista médico-social* (conclusión), por **J. Camino Galicia**.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Sobre el empleo del calor seco como medio de destrucción de las pulgas de rata.—La lucha contra la tuberculosis en la ciudad de Frankfurt a Main.—Tratamiento de las pleuresias purulentas post-gripales.—Las formas dolorosas de los quistes hidatídicos del hígado.—*Prensa militar-profesional*: Organización del servicio de Sanidad Militar.—Puestos quirúrgicos avanzados.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Octubre de 1919.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

EL CONGRESO SANITARIO DE NEWCASTLE

Entre el 28 de Julio y el 2 de Agosto próximo pasado se celebró en Newcastle-on-Tyne (Inglaterra), el 30.º Congreso de los que anualmente organiza el *Royal Sanitary Institute* de Londres, institución que se propone divulgar cuanto de modo directo o indirecto pueda contribuir a establecer las conquistas científicas que se realicen en todos los sectores de la Higiene y de la Medicina social.

La última reunión, celebrada en la industriosa ciudad inglesa que se yergue orgullosa en las márgenes del Tyne, ha sido muy importante, no sólo por la trascendencia de las cuestiones en ella tratadas, sino por la acumulación de trabajo de cuatro años atrás. A ella han acudido varias delegaciones oficiales extranjeras. España ha enviado representantes de sus servicios sanitarios de Gobernación, Marina y Guerra.

La labor del Congreso ha comprendido la lectura y discusión de comunicaciones en las Secciones siguientes: *Ciencia sanitaria y Medicina preventiva*, *Higiene de la maternidad y Puericultura*, *Higiene doméstica e industrial*, *Higiene industrial*; una exposición (de no gran vuelo), de enseñanzas de Puericultura; reuniones referen-

tes a servicios privativos de *Oficiales Médicos sanitarios, Autoridades sanitarias municipales, Inspectores Veterinarios, Ingenieros Inspectores y Visitadores sanitarios*. Se dieron además dos conferencias generales, una a cargo del Dr. Hill, sobre *Higiene naval*, y otra por el Profesor Phillipps, acerca de *Herencia de la salud*.

Celebráronse en total veinte sesiones, leyéndose ochenta y tres trabajos, que, como se verá por la sucinta reseña que sigue, tratan de cuestiones que afectan de modo singular al Reino Unido, en los momentos actuales, siendo la mayoría de interés general, y distinguiéndose los trabajos por su sabor práctico, más que como enunciados teóricos, como conclusiones de labor ya experimentada. La organización, a cargo del Secretario del Instituto, Sr. White Wallis, y del Médico municipal de la ciudad, Dr. Kerz, no dejó nada que desear. Los congresistas fueron obsequiados con visitar a los centros industriales, establecimientos de enseñanza *La Royal Infirmary* y a *vanoi Garden partys*, una de ellas al castillo de *Alnwick*, del condado de Northumberland, erigido en el siglo XIV.

*
* *

La sesión inaugural, desprovista de solemnidad, fué presidida por el Duque de Northumberland, quien leyó un discurso, en el que abundan muy agudas observaciones sobre la situación social presente. Entre los problemas consecutivos a la guerra, no es el menos importante el de la habitación escasa y antihigiénica en las grandes urbes, como consecuencia de la emigración de la gente del campo a la ciudad. El conflicto tiende a resolverse por la actuación del Estado y de los Municipios, que edifican o estimulan con subsidios la edificación (1), singularmente la que se atenga a determinadas condiciones ventajosas para las clases modestas. Mas desde

(1) Este problema social y de higiene se presenta con caracteres agudos en todos los países influidos directa o indirectamente por la guerra. En Stüttgart se ha prohibido la entrada de nuevos residentes, a cuyo efecto la autoridad municipal interviene los contratos de inquilinato; lo propio se hace en Frankfurt, según la *Zeitschrift für Wohnungswesen*, 10, v, 1919, y la *Kommunales Rundschau*, 1, VI, 1919.

En Erfurt calculábase que faltan unas 1.500 casas; la aglomeración ofrece serios peligros. En Dusseldorf (460.000 habitantes) el Municipio ha hecho un fuerte empréstito para edificar por su cuenta (*Kommunale Credit*, 24, v, 1919). El órgano oficial del recién creado Ministerio de Sanidad, en Inglaterra, titúlase *Housing (La habitación)*, consagrando sus dos primeros números a informaciones sobre arquitectura, higiene de la habitación y presupuestos de casas baratas.

el punto de vista higiénico, no basta sólo resolver el problema económico, es preciso también educar a la gente en el modo de vivir.

Al discurso presidencial siguieron las saluciones oficiales, comenzando por la del representante español del Ministerio de Gobernación, Dr. Vila, Director de Sanidad marítima de Huelva, quien hizo de pasada una oportuna alusión al mejoramiento recientemente operado en nuestro país en los servicios de puertos y fronteras.

* * *

En la catedral anglicana de San Nicolás celebróse un solemne *Te Deum* con asistencia de las autoridades locales.

* * *

TRABAJOS DE LAS SECCIONES

Sección A.—Ciencia sanitaria y Medicina preventiva.

En el discurso presidencial, a cargo del Profesor de Patología, de Cambridge, Sir W. Sims Woodhead, que no pudo ser leído por su autor, ocúpase éste, en primer término, de la posición social futura del pueblo inglés como agrupación étnica, concluyendo, contra algunas insinuaciones pesimistas, que «el pueblo inglés no es una raza degenerada».

La enseñanza de la guerra ha patentizado el valor económico, aparte de otros, de la labor de investigación, siempre remunerativa a la larga.

Con un trabajo del Sr. Hinton comienza la sesión primera, dedicada a estudiar *el problema de las ratas en relación con la propagación de la peste*; lee un excelente trabajo zoográfico, al que acompaña especies disecadas de las variedades de ratas estudiadas por él. Hace ver la casi imposibilidad de excluir la rata de la habitación humana.

El Sr. Bacot, entomólogo del Instituto Lister, de Londres, lee un interesante estudio, ilustrado con numerosas proyecciones, acerca de las *variedades de pulgas halladas en las ratas y su relación con la propagación de la peste*. De las 33 variedades estudiadas, en 11 descubrióse el germen pestífero y 10 ofrecían condicio-

nes orgánicas para transmitir el germen pestífero. La especie de pulga más extendida en Inglaterra es la que tiene por nombre *centophyllus fasciatus*. Hizo detallada descripción del modo en que la pulga inicia la infección, mediante la picadura, que realiza para apagar su sed.

El Dr. Touleston leyó una comunicación sobre *La rata, como portadora de enfermedades transmisibles*, comparando la importancia vehiculante de aquel animal con la de la mosca, por la estrecha concomitancia de la vida de aquélla con la del hombre, por sus hábitos de combatividad y canibalismo y consiguiente propensión a la infestación, como asimismo por la naturaleza omnívora de su alimentación. La gran mortalidad que padece la rata es compensada ampliamente con su gran fecundidad y la defensa de la habitación humana, por la que se liberta de la actuación de los animales de presa, convirtiéndose así en a modo de animal doméstico.

La rata aparentemente sana es portadora de, por lo menos, tres parásitos protozoarios conocidos: el espiroquete icterohemorrágico, el traponosoma *lewisi* y el espiroquete *morsus muri*. El segundo no parece que sea activamente patógeno para otros animales, pero su rápida propagación entre las ratas viene a demostrar cuán fácilmente pueden ser transmitidos los agentes patógenos de aquel orden. Los otros dos son los causantes, respectivamente, de la ictericia espiroquética y de la fiebre, por mordedura de la rata en el hombre.

Otras enfermedades de la rata, interesantes por su relación con los animales, son la triquinosis, la lepra o tuberculosis de la rata, la pseudo tuberculosis y la peste de las ratas.

El Dr. Hanna, Inspector médico del puerto de Liverpool, leyó una comunicación sobre *el problema de la extinción de las ratas*, no aportando de nuevo sino la experiencia de una continuada labor dedicada a tal asunto, de la que se deduce la insolubilidad del indicado problema.

En la discusión convínose en la necesidad de continuar la investigación sobre un asunto de tan vital interés para la Higiene humana.

*
* *

La segunda reunión de la Sección A dedicóse a la *Profilaxia y tratamiento de las enfermedades venéreas*.

El Profesor Bolam, del Colegio de Medicina de Newcastle, abogó, como de medida de trascendencia profiláctica indirecta, por la creación de Clínicas y Dispensarios para enfermedades venéreas, en los que, haciéndose diagnósticos precoces, se disminuirían las probabilidades del contagio y se haría además labor educativa. Estimó como medida de gran utilidad la unificación de los tratamientos dentro de ciertas pautas individuales.

El Dr. Brown, Inspector de Sanidad de Wáshington, presentó estadísticas favorables a la profilaxis con la pomada de Metchnikoff y el permanganato, haciendo, sin embargo, la salvedad de que el valor preventivo, en este caso, de un antiséptico, no estriba tanto en su naturaleza como en la precocidad de su empleo.

El Dr. Smith, de York, presentó una comunicación sobre *el uso de los profilácticos contra las enfermedades venéreas*, tema que suscitó acalorada discusión, más que por el tono del lenguaje, por la ironía y sutileza de los argumentos, con los que no se combatía la eficacia de tal o cual argumento profiláctico, sino que se planteaba la cuestión en el terreno de la Higiene social y de la Moral (de la Moral vigente).

La autorización de la venta de profilácticos, pero todavía más la reglamentación de los métodos y la expendición de artículos para aquel uso por el propio Ministerio de la Guerra, como se ha venido haciendo, da por válida la suposición de que es impracticable la incontinencia sexual, de lo que disiente el preopinante; pero, sobre todo, es contradictorio con cuanto se viene predicando, aconsejando y aun legislando en materia de Higiene sexual y de prostitución. Por un lado, se quiere educar para la castidad, enseñándose los peligros de las enfermedades y persiguiendo la prostitución, y por otro, se alienta ésta mediante incentivos indudables y además peligrosos, por suponerlos eficientes, con la agravante de que no hay seguridad de que lo sean. El Dr. Smith concluye diciendo que se impone adoptar uno u otro camino: o la prostitución reglamentada y condicionada como fuese, o la preparación sistemática y perseverante en pro del ideal de una vida reproductiva y consciente.

Para el Dr. Reid, que considera este ideal muy lejano, toda predicación carece de eficacia. La Higiene sexual debe seguir su vía independiente. Entretanto, el caso de las enfermedades venéreas es el de cualesquiera otras enfermedades infecciosas. Igual tesis

fué defendida por el Dr. Donkin, para quien la Moral nada tiene que hacer aquí, indicando que hasta las mismas madres debieran preparar a sus hijos contra los peligros venéreos.

El Coronel Harrison, Director del Hospital militar para enfermedades venéreas, de Londres, abunda en la propia opinión, y cree que son pocas cuantas medidas se tomen para prevenir la difusión de aquéllas. Hay que acumular todo orden de defensas sociales e individuales. Conviene, ante todo, hacer diagnóstico precoz. La profilaxia en el Ejército no puede ser igual que en la vida civil. A pesar de todas las medidas tomadas, en el Ejército inglés la morbilidad por enfermedades venéreas aparece la misma al final que al principio de la guerra.

SANTOS RUBIANO,

Comandante Médico, Delegado del Ministerio
de la Guerra.

(Continuará.)

HERIDAS CRANEO-ENCEFALICAS DE GUERRA

II

En un gran número de casos, los heridos presentan el cuadro sintomático de la conmoción cerebral; en resolución muscular completa, con pérdida del conocimiento y palidez facial, presentan esa respiración débil y superficial, interrumpida de vez en cuando por alguna inspiración estertorosa, presentando también a veces el ritmo de Cheyne-Stokes, ese pulso notablemente lento que alcanza 40 y 50 al minuto, irregular, depresible; la sensibilidad general y sensorial abolidas, inmóviles, sin responder a las excitaciones; así les he observado en la campaña de Melilla; jamás se olvida el cuadro. Cuando el herido poco a poco va recuperando sus funciones y reacciona; cuando llegan a desvanecerse estos síntomas difusos casi por completo, media un período de tiempo lúcido o intervalo libre, de una duración variable entre algunas horas y dos días, y el contraste entre esta fase y los síntomas que

aparecen después nos sirven para diagnosticar la contusión y compresión.

En la contusión cerebral los síntomas son de irritación o de parálisis, circunscritos, reduciéndose a contracturas parciales de los miembros, músculos faciales y motores del globo ocular; pero más frecuentemente son depresivos con parálisis de los movimientos correspondientes a las zonas motoras de la corteza cerebral; en este momento la fiebre elevada es frecuente.

Pueden añadirse los síntomas de la compresión tan conocidos: cefalalgia, vómitos, afasia, sordera, ceguera, anosmia, somnolencia, monoplejía o hemiplejía y trastornos de la sensibilidad, hemianestesia o anestesia completa. Las convulsiones son menos frecuentes. Los trastornos visuales dependen a menudo de esquirlas o fragmentos de proyectil alojados en los lóbulos occipitales.

En caso de derrame sanguíneo intracraneal, sobre todo en la hemorragia extradural por ruptura de la meníngea media, es donde aparece el intervalo libre, la remisión de los síntomas de conmoción a que hemos hecho referencia, y permite diagnosticar la compresión; pero este intervalo puede faltar, porque la compresión cerebral sobrevenga desde el primer momento y enmascare la conmoción, no tendríamos más guía para intervenir en este caso que la lesión externa.

Los accidentes primitivos descritos pueden clasificarse en cuatro categorías, dependientes del asiento, extensión y gravedad de las lesiones cerebrales y de la coexistencia de lesiones vasculares.

1.º *Casos ligeros.*—Hay pérdida del conocimiento, de la sensibilidad y resolución muscular inmediatamente después de la herida, pero estos síntomas son transitorios y decrecen gradualmente más o menos pronto; se asiste al restablecimiento de las funciones, el herido sale de la inconsciencia y conserva cefalalgia tenaz, ligero grado de torpeza intelectual y debilidad muscular.

2.º *Casos medianos.*—En éstos, los fenómenos de conmoción y contusión son más intensos, y pueden acompañarse de accidentes de compresión por hundimiento óseo, esquirlas, cuerpo extraño voluminoso o derrame de sangre. Si esta compresión y contusión radican en las zonas latentes del cerebro, pueden faltar, naturalmente, los síntomas; cuando, por el contrario, asientan en las zonas psicomotrices, se traducen por los fenómenos de excitación ya estudiados o por fenómenos paralíticos. Añadamos que las lesiones

del oído interno y del cerebelo se acompañan de vértigos y trastornos del equilibrio. Algunos trastornos psíquicos han sido observados inmediatamente después de la herida, mudez, sordera, agitación y manía; se explican teniendo en cuenta la tensión nerviosa que provocan los bombardeos intensivos.

3.º *Casos graves.*— La conmoción es muy intensa y la contusión coetánea; de ella determina una atrición del cerebro suficiente para provocar una hemiplejía, que la reconoceremos pasada la fase comatosa; la temperatura alcanza frecuentemente 40º. En esta tercera categoría deben incluirse los casos de lesiones bulbo-protuberanciales a distancia por contragolpe y grandes hematomas provenientes de desgarró del seno longitudinal superior o de sus afluentes.

4.º *Casos muy graves.*— El cerebro reducido a papilla sale por la extensa brecha óseo-cutánea, o el herido presenta una enorme hernia primitiva del cerebro. Se han visto heridos que perdieron una parte del lóbulo frontal o del lóbulo occipital, y que curaron, sin embargo; Tillaux, como vimos, lo afirma.

En estos casos de extrema gravedad, el herido cae en el coma profundísimo de la conmoción; su respiración apenas es perceptible; se enfría, y su pulso se debilita extraordinariamente; se relajan los esfínteres, y la muerte sobreviene rápidamente por entregarse el bulbo.

Aún podemos sacar elementos de diagnóstico y pronóstico de estos primeros accidentes; desde luego, no insistimos más sobre las fracturas de la bóveda; en la anatomía patológica fueron descritas con prolijidad estas fracturas; las de la base se reconocerán, como es sabido, por síntomas indirectos, que son los siguientes: equimosis de las conjuntivas ocular y palpebral que aparece en el orden nombrado, hemorragia y salida de líquido céfalorraquídeo por el oído y fosas nasales, algunas veces presencia de sangre en el líquido céfalorraquídeo extraído por punción lumbar. Según Tuffier y Millian, este síntoma tiene importancia diagnóstica en los casos dudosos, velados por la conmoción; además, es un medio terapéutico, descompresiona los centros, el coma se atenúa, y la agitación, si existe, disminuye; los vómitos y la cefalea desaparecen. Forge practica en estos casos una punción diaria o cada dos o más días, según la indicación sintomática, y evacua de 10 a 20 c. c., y en total hace hasta diez punciones.

Además de estos síntomas, hay que añadir la parálisis facial y de los músculos motores del globo ocular o sólo del motor ocular externo. Si el facial ha sido lesionado en el conducto auditivo interno, antes del ganglio geniculado, habrá parálisis del velo palatino, de la úvula y del orbicular de los párpados; si la lesión del facial ha tenido lugar en el acueducto, más allá del ganglio geniculado, el velo del paladar estará intacto. El motor ocular común es lesionado en la hendidura esfenoidal. El motor ocular externo puede ser lesionado a nivel del vértice del peñasco antes de su entrada en el seno cavernoso en las fracturas paralelas al eje del peñasco que llegan hasta el agujero rasgado anterior; su lesión aislada, fácilmente se comprende que será la causa del estrabismo convergente del lado de la lesión.

Llegamos a los accidentes secundarios o complicaciones inflamatorias. Pasaremos sucesivamente revista a la meningoencefalitis, el absceso cerebral y la hernia cerebral.

La meningoencefalitis traumática se presenta con frecuencia primitivamente en las heridas craneales complicadas con fisuras y fracturas con hundimiento. La infección parte de la herida e invade rápidamente meninges y corteza. Esta complicación es tanto más temible cuanto más profundas y extensas sean las lesiones cerebrales. La infección, llevada directamente por el proyectil y los cuerpos extraños que arrastra, encuentra en el tejido cerebral dislacerado y reducido a papilla, lo mismo que en los focos hemorrágicos intracerebrales, un medio particularmente favorable a su desarrollo. Según las investigaciones recientes de Mac Ewen, se encontrarían como agentes de la infección el estreptococo, estafilococo dorado y más raramente el estafilococo blanco.

La formación del pus puede tener lugar entre el hueso y la duramadre, o en la cara interna de esta membrana, cavidad aracnoidea y piamadre; en el primer caso, el derrame está algo limitado porque la duramadre no se deja despegar por igual en todas las regiones; en el segundo caso, se difunde el pus y puede ocupar una extensión considerable y generalizarse a todas las meninges. El proceso comienza por una intenso vascularización con producción de serosidad, que más tarde se enturbia por la presencia de leucocitos hasta convertirse en verdadero pus, formándose adherencias entre las dos hojas de la aracnoides. Más frecuentemente se trata de una leptomeningitis con exudado purulento o fibrinopurulento,

que llena los espacios linfáticos de la membrana vascular y llega a ser tan abundante el exudado que recubre las circunvoluciones y surcos al punto de hacerlos irreconocibles.

La meningoencefalitis estalla a la terminación del primer septenario, del tercero al sexto día en la generalidad de los casos, pero puede también presentarse más raras veces desde las primeras horas que siguen al traumatismo. En el primer caso, se trata de infecciones que, aparte de intervenir el proyectil y agentes sépticos que lleva consigo, son también producto de infecciones secundarias, donde interviene la necrosis de los tejidos y la retención de secreciones de la herida; de ahí la importancia de la limpieza del trayecto y del desagüe. En el segundo caso, la infección es debida a una gran septicidad de los cuerpos extraños, a la lesión demasiado profunda y extensa y a una falta de resistencia del sujeto, a una debilidad de sus defensas contra la infección.

Comienza la meningoencefalitis por náuseas, vómitos, cefalalgia, miosis, estrabismo y fotofobia, rigidez de la nuca y signo de Kernig. La punción lumbar extrae el líquido céfalorraquídeo enturbiado por glóbulos blancos. Aparecen fenómenos de excitación, la fiebre llega a 40°, el pulso es vivo, duro y frecuente, la cara encendida, hay delirio, convulsiones y contracturas de los músculos de los miembros del lado opuesto a la lesión. A esta fase de excitación sucede rápidamente la depresión terminal. El enfermo cae en el coma, su respiración lenta se hace estertorosa y el pulso cada vez más rápido e irregular. La muerte sobreviene en este estado al cabo de cuatro, seis ú ocho días a lo más. La marcha de la infección es, por lo demás, irregular, y las más variadas formas pueden ser observadas; así, por ejemplo, si la meningoencefalitis es primitiva, queda velada por la conmoción; en la meningitis secundaria, los síntomas, como se comprende, variarán según la extensión del exudado y su localización y su asiento en la convexidad o en la base. Lo que es particularmente notable es la aparición tardía de la infección, que se muestra a veces después de varias semanas y que es una manifestación del microbismo latente. Tal vez en algunos casos se trataría, como dice Mauclair, de necrosis parcial del reborde craneal, análoga a la que se observa en las extremidades de las costillas resecaadas por pleurotomía, y que dan lugar a abscesos tardíos de repetición entretenidos por pequeños secuestros.

También, según el mismo autor, se trataría de derrames sanguíneos que supuran tardamente.

Sea de ello lo que fuere, esta meningoencefalitis es generalmente difusa. Es raro que quede localizada. Sin embargo, el mismo Mauclaire vió evolucionar en uno de sus heridos una meningitis circunscrita de la base acompañada de sus síntomas clásicos y que se terminó por la curación.

Cuando la infección primitiva disminuye o el tejido cerebral y las meninges poco lesionadas han podido defenderse contra ella, la infección, en lugar de determinar una meningoencefalitis difusa, puede localizarse y dar origen a un absceso intracraneal.

Estos abscesos radican entre la duramadre y el hueso o entre la duramadre y la aracnoides, constituyendo un verdadero foco de meningoencefalitis circunscrita limitada por adherencias. También se forman en el encéfalo mismo a profundidades variables. Es raro que el absceso sea primitivo y se traduzca por un comienzo claro con escalofríos, temperatura con grandes oscilaciones, cefalalgia intensa, fija y exasperada por la presión o la percusión localizada. Estos abscesos desarrollados alrededor de un cuerpo extraño (cabello, esquirla, trozos de proyectil, etc.), no aparecen sino varias semanas o varios meses después de la herida; evolucionan de modo lento y crónico, y determinan una fiebre ligera e irregular, una cefalalgia más o menos viva, cuya causa exacta se desconoce hasta que se comprueban signos oftalmoscópicos. El examen del fondo del ojo debe practicarse sistemáticamente y repetidas veces en todos los heridos del cráneo (Mauclaire).

La terminación favorable no debe descartarse. Cuando la colección asienta profundamente a nivel de las zonas motrices o a nivel del trayecto de los fascículos motores, se comprenden fácilmente los accidentes que puede determinar. De todos modos, el absceso tiene tendencia a crecer y determina síntomas de compresión: éstasis papilar, cefalalgia fija e intensa, dilatación de la pupila del lado correspondiente al absceso, marcada lentitud del pulso. La punción lumbar revela la reacción meníngea que provoca, y la muerte sobreviene, sea por meningoencefalitis aguda rápidamente mortal, sea por ruptura del absceso en la cavidad aracnoidea o en los ventrículos cerebrales.

La hernia encefálica traumática es una complicación frecuente de las heridas craneales. Desde el punto de vista sintomático y

terapéutico, hay que distinguir dos grandes variedades de hernias cerebrales: unas, hernias sintomáticas, aún llamadas secundarias, son debidas a la evolución de un absceso subyacente que, produciendo una hipertensión intracraneal anormal, rechaza y expulsa, por decirlo así, al exterior una parte de las circunvoluciones a través del orificio óseo patológico. Estas hernias secundarias sintomáticas que, según Holbeck, representarían el 82 por 100 de los casos, son totalmente diferentes de la hernia primitiva, esencial o precoz, edema local del cerebro contusionado que se produce en el momento mismo o en los primeros días que siguen al traumatismo. La patogenia de esta hernia cerebral esencial es muy discutida. Muchos piensan que la extensión de la pérdida de substancia ósea resultante del traumatismo o de la operación, representa el factor etiológico preponderante; otros, por el contrario, apoyándose en el hecho de que hay hernias que suceden a trepanaciones pequeñas, o inversamente, grandes trepanaciones o pérdidas extensas de hueso sin hernias, rechazan en absoluto esta explicación mecánica. Mauclair observó un herido que había perdido «casi todo su hueso parietal» y que se le presentó con su parietal en la mano; no tenía, dice, tendencia alguna a la hernia cerebral; una membrana fibrosa gruesa y resistente ocupaba toda la pérdida de substancia ósea de casi todo el parietal.

Hay que notar que estas hernias no están constituidas en todos los casos por tejido cerebral. Muy a menudo, la masa saliente está únicamente formada de coágulos más o menos organizados y de granulaciones rojizas, sin que haya hernia cerebral propiamente dicha. Para algunos, la causa de esta complicación estaría en una infección subyacente, en la cual el líquido céfalorraquídeo intraventricular hipertenso rechazaría al exterior los tejidos superficiales. Para otros, la hernia, independiente de toda infección, es el resultado de un fenómeno primitivamente mecánico y vascular. El tejido cerebral, dislacerado y contuso, está sujeto y algo apretado en su envoltura meníngea, y, sobre todo, cuando se producen hemorragias de la piamadre, busca salida por el sitio libre que le ofrece la abertura patológica u operatoria de las meninges y hueso; se produce la hernia, cuya base, algo pediculada o con surco circular, está fuertemente apretada por los bordes del orificio meníngeo y de la brecha ósea; esta constricción aplasta las venas, dificulta la circulación de retorno; el volumen de la hernia

aumenta, su reducción es imposible, asistiéndose a una especie de estrangulación; se forman extravasaciones sanguíneas en su superficie, donde se organiza una capa leucocitaria, y así se constituye un «fungus permanente».

Maucclairé ha observado varios casos de hernias intermitentes, cuya evolución estaba en relación con brotes congestivos intracraneales, acompañados de pequeños ictus.

La sintomatología de este fungus cerebral es bien conocida; se presenta bajo la forma de una masa roja, turgesciente y pulsátil, con pedículo muy corto; rápidamente es asiento de un esfacelo superficial que le disgrega y puede también hacerle desaparecer completamente.

Su pronóstico es muy grave; según Holbeck, la hernia cerebral produce el 54 por 100 de mortalidad; pero en esta estadística están comprendidos los casos de hernia esencial y de hernia cerebral por infección subyacente o periférica. En su tesis, que data de cuarenta años, Lebeau dice que la mortalidad sería de 75 por 100, en los casos traumáticos. Aunque esta cifra parezca exagerada, se puede admitir que en la mitad de los casos la muerte sobreviene por meningoencefalitis o por la evolución de un absceso subyacente a la hernia.

Siguiendo el orden cronológico en la presentación de los accidentes y complicaciones de estas heridas, réstanos para terminar este estudio relatar los accidentes terciarios o lejanos, las lesiones cicatriciales y de otra naturaleza.

Estos accidentes consisten en disminución o pérdida completa de la memoria, atontamiento, imbecilidad y hasta la alienación mental, sobre todo en los sujetos predispuestos y con antecedentes familiares; cefalalgias, ambliopías y amaurosis, por lesión cortical o retiniana, sordera, anosmia, afasia y crisis de epilepsia jacksoniana y parálisis.

Desde el cuero cabelludo hasta el cerebro mismo inclusive podemos encontrar lesiones tardías de naturaleza cicatricial o esclerosa casi siempre, y algunas tributarias de tratamiento quirúrgico. Hay cicatrices cutáneas dolorosas y adherentes; puede haber hiperostosis de la tabla interna que comprima la zona rolándica; engrosamientos cicatriciales y adherencias de la duramadre y fajas cicatriciales que invadan la noble substancia cerebral. Estas lesiones conjuntivas comprimen los centros, entorpecen la circula-

ción y destruyen las neuronas, ahogadas por la esclerosis neuró-glica. Otras veces es un quiste que sucede a un derrame sanguí-neo o absceso encapsulado.

Prácticamente se encuentra en un antiguo herido de cabeza trastornos motores epilépticos del tipo jacksoniano; esta epilepsia traumática va precedida, como es sabido, de prodromos que consti-tuyen el aura y evoluciona en tres fases: tónica, clónica y de re-solución; no presenta nada de particular en cirugía de guerra; es característico en estas convulsiones su punto de partida limitado; se describen el tipo facial, braquial y crural; fácilmente se echa de ver la importancia diagnóstica del comienzo de la crisis que nos dice el sitio de la corteza en que se deberá aplicar el trépano para extirpar la lesión. Algunas veces la epilepsia jacksoniana es obs-cura, frustrada; no hay francas convulsiones; se observan movi-mientos vibratorios, trastornos sensitivos, formas tónicas de diag-nóstico difícil.

Es muy digno de tenerse en cuenta y tiene interés especial el que la epilepsia parcial puede presentarse sin herida de cráneo. Un soldado es proyectado a tierra por la explosión de una grana-da; pierde momentáneamente el conocimiento, como sostiene Ra-vaut (1), quien ha estudiado los accidentes nerviosos debidos al viento del explosivo; parece que se trata de lesiones orgánicas ligeras, de contusión cerebral con producción de pequeños focos hemorrágicos que terminan por formar adherencias cerebro-meníngeas. La punción lumbar que da un líquido raquídeo sangui-nolento y albuminoso, parece probarlo de manera evidente. Estas heridas internas por contragolpe tienen un interés capital en el momento presente. A estos trastornos de estupor inmediato los in-gleses dan el nombre de Shell Shock (Myers).

ABILIO CONEJERO RUIZ,
Capitán Médico.

(Continuará.)

(1) Ravaut: •Les blessures indirectes du système nerveux déterminées par le vent de l'explosif. *Presse Médicale*, 26 Août 1915.

ESTUDIOS PSIQUIÁTRICOS

“Los semilocos,, desde el punto de vista médico-social

(Conclusión.)

Y, sin embargo, estos señores, que mientras permanecieron ignorados y confundidos en el montón anónimo de los humanos, no molestaron ni perjudicaron más que a sus familiares e íntimos, se les ve después, cuando escalan las altas cumbres de los cargos y de mandos, cometer toda clase de injusticias y arbitrariedades, imponiendo castigos desproporcionados y ejerciendo persecuciones interminables contra aquellos que pretendieron atajar sus desmanes, o contra infelices que, por negligencia u olvido, cometieron insignificantes faltas.

Ejemplos bien palpables de estos últimos hechos los encontramos hasta en la misma Historia.

Quién fué Nerón, sino un semiloco, que, a causa de su ausencia absoluta de sentido moral, condujo al pueblo romano a la desolación y a la deshonra?

Y de estas injusticias y crímenes, de lesa humanidad, ¿quién sino el germen psicopático innato es el responsable?

Quizá también la actual catástrofe europea no reconozca hasta la fecha otras causas de su existencia y prolongación, que la perversión o carencia absoluta de sentido moral de los supremos representantes de las naciones en beligerancia, mientras que, por otra parte, la masa pueblo espera impaciente la llegada de la purificadora paz.

Sería interminable la lista de hechos reales que aquí podríamos apuntar, para la mejor comprobación de todo cuanto venimos exponiendo; mas renuncio a ello porque quizá el curioso lector haya sido más de una vez víctima del psiquismo morboso de estos sujetos a quien las más de las veces la gente absuelve con los dichos vulgares, diciendo: «Fulano tiene cosas», «esas son genialidades de Fulano», «Fulano está más loco que una cabra»; pero que,

a pesar de esto, Fulano sigue conviviendo con nosotros, molestándonos y comprometiéndonos.

VI

Quédame ya tan sólo, para terminar el estudio de este importante problema médico-social de los semilocos, decir algunas palabras respecto a los remedios profilácticos y curativos que se pueden y deben poner en práctica, no sólo para evitar y corregir la degeneración de la especie humana, sino también los perjuicios y peligros a que pueden dar lugar estos enfermos dentro de la familia y de la sociedad presente.

Medios profilácticos.— Como quiera que el germen psicopático toma su origen, en la inmensa mayoría de los casos, en la herencia, nada más lógico y natural que procurar que ésta se verifique en las mejores y más apropiadas condiciones fisiológicas.

Y a este fin, nada más humano que poner en acción con todo vigor la proyectada ley, referente de que a todo matrimonio proce-da siempre un reconocimiento médico escrupuloso de los novios.

Para este humanitario fin, el Estado había de crear una institución médica especial, dotada del personal y material de investigación necesario y apropiado, ya que los problemas de la procreación y perfeccionamiento de los futuros seres son quizá los más importantes de los que a la biología y prosperidad de los pueblos se refieren.

Por esto, lo mejor para atacar y destruir el germen psicopático, sería prohibir severamente contraer matrimonio a todos aquellos individuos tarados de los vicios, imperfecciones y enfermedades siguientes:

1.º A los menores de veinte años y mayores de cincuenta (en la mujer a los cuarenta y cinco).

2.º A los consanguíneos de primero y segundo grado.

3.º A todos los sujetos afectos de vicios, aberraciones e imperfecciones, tanto psíquicas como somáticas, del intestino y aparato genital.

4.º A todos los individuos tarados de vicios e imperfecciones psíquicas y físicas en su sistema nervioso y en un grado máximo y exagerado (epilécticos, histéricos y neurasténicos francamente hereditarios, encefalíticos crónicos, locos esenciales, semilocos del segundo grupo, medulares orgánicos, etc., etc.).

5.º A todos los sífilíticos, ínterin un estudio y observación médica escrupulosa y prolongada no demuestre la completa y perfecta curación de estos enfermos.

6.º A los alcohólicos crónicos.

7.º A los alcohólicos agudos, ínterin no se compruebe su corrección y curación.

8.º A los tuberculosos en cualquier grado.

9.º A los anémicos, caquéticos, desnutridos, débiles, empobrecidos orgánicos, raquíticos, osteomalácicos, etc., etc., ínterin no adquieran la energía vital necesaria.

10. A los individuos afectos de perturbaciones nutritivas en grado exagerado (diabéticos, gotosos, artríticos, etc., etc.).

11. A los enfermos de lesiones orgánicas del corazón y de los grandes vasos muy manifiestas y avanzadas.

12. A todo sujeto afecto de enfermedad venérea, ínterin no se cure.

Y en general, a todo hombre o mujer a quien el análisis químico y microscópico de sus humores fecundantes no demuestren que se hallan en las condiciones de vitalidad necesarias para una buena procreación.

Además del establecimiento de esta ley, el Estado debía hacer cumplir con toda severidad las ya dictadas contra el alcoholismo, el juego, la prostitución y demás vicios perjudiciales para la salud.

Medios curativos.—En los semilocos del primer grupo, o sea en aquellos sujetos en que el germen psicopático hereditario apenas comienza a esbozarse, pero que por viciosa o nula educación, andando el tiempo pueda llegar a adquirir proporciones alarmantes, podemos hacer uso de los métodos curativos siguientes:

La farmacopea, en estos casos, hará sólo uso de los medicamentos de más justa y precisa indicación, y muy especialmente de los dirigidos a atacar la enfermedad madre que por herencia pudo transmitir un terreno predisuesto (sífilis, tuberculosis, distrofias, etcétera).

No se olvidará tampoco el empleo de la medicación tónicogeneral y especial del sistema nervioso, ni tampoco los elementos curativos naturales de helioterapia, hidroterapia, aeroterapia, ejercicios, etc.

Después de esto, la psicoterapia, en todos sus aspectos, consti-

tuirá el recurso más seguro y racional para el tratamiento de estos enfermos.

Esta deberá ser practicada en el sujeto, a poder ser, desde su tierna infancia, y centros y escuelas llamadas de niños anormales, y en las que los profesores deberán ser precisamente médicos especializados en higiene pedagogo-psicológica, en psicoterapia y psicopatología, especialmente nerviosas.

Cuando el sujeto haya pasado ya de su infancia, también el médico, aislada y personalmente, puede obtener grandes éxitos con los semilocos del primer grupo, mediante el empleo concienzudo y racional de los métodos psicoterápicos.

Yo, por mi parte, durante el ejercicio de mi profesión, he corregido y curado a muchos de estos enfermos, empleando con ellos desde el simple consejo, bien argumentado y dirigido, hasta los más complicados de sugestión hipnótica y vigíl.

Respecto a los métodos curativos de los semilocos del segundo grupo, o sea de aquellos que, como ya dejo dicho, son incorregibles, inadaptables e incurables a toda acción medicamentosa y psicoterápica, no hay más que dos procedimientos terapéuticos a seguir con ellos: o la separación de la entidad o colectividad a que pertenecen, o la reclusión en una casa de salud.

Pero en todos los casos, y teniendo en cuenta que estos enfermos son sujetos que, en la mayoría de las veces, disfrutan de una inteligencia normal y hasta privilegiada, y que pueden estar ocupando y desempeñando altos cargos, no debemos proceder contra ellos a la ligera, y sí sólo la Medicina, la sociedad y la justicia procederán contra ellos, cuando sus aberraciones y lagunas morales sean tan manifiestas que repercutan y redunden en perjuicio y peligro grave para sus semejantes.

Y en consonancia con esto, y en el sentir de mi humilde opinión, diré que ante un acto delictivo cometido por toda clase de sujetos (a pesar de sus méritos anteriores, de la categoría que ocupen y el cargo que ejerzan), debe procederse inmediatamente a abrírseles su correspondiente hoja clínica de observación y estudio, con objeto de poder juzgarlos, no sólo por el acto nocivo presente, sino también por cuantas faltas, vicios e imperfecciones psíquicas y físicas, hereditarias y no hereditarias, pudieran haberle acompañado desde su nacimiento.

Únicamente así podríamos comprobar si en estos casos se trata

de un verdadero pervertido moral hereditario o de un hombre fisiológico a quien las circunstancias y el medio ambiente le obligaron a delinquir.

Comprobado, mediante este proceder, que se trata de un pervertido moral o semiloco del segundo grupo, la ley deberá proceder contra él, según el grado de perversión y calidad del delito, bien a separarle (aunque se tratara de un ministro, general, magistrado, etc.) de la entidad a que pertenece o colectividad que representa, o a recluirle, temporal o definitivamente, en una casa de salud.

Quizá en España, los fisiológicos y oprimidos han empezado ya a darse cuenta que flota algo anormal en la atmósfera y seno de la sociedad presente; este algo, quizá sea precisamente el germen psicopático encarnado en los hombres que, dotados de una capacidad intelectual extraordinaria, pero débiles o nulos de sentido moral, creyeron erróneamente que los hombres se organizaban y gobernaban tan sólo con la posesión de una de las facultades anímicas, esto es, con la inteligencia, sin tener en cuenta que la personalidad moral volitiva y afectiva constituye un factor psicológico, aún mucho más importante en la psicología y dirección de los pueblos.

Quizá lo fueron, y hoy aún son las llamadas juntas de defensa, no hayan sido en síntesis otra cosa que un elemento social más de lucha contra el germen psicopático, o, lo que es igual, contra todos aquellos sujetos que por sus taras, vicios, imperfecciones, tradicionalismos, rutinas y favoritismos morbosos, deben ser eliminados de la sociedad presente, ya que a ellos, probablemente más que a nadie, se debe, aunque inconscientemente, el atraso y hasta el retroceso del pueblo español.

CONCLUSIONES

Como consecuencia de todo lo expuesto, me atrevo a proponer a la consideración de este Congreso, a fin de que los representantes del mismo, que valen y pueden, recaben de los Poderes públicos las conclusiones siguientes:

- 1.^a Que se cumpla y haga cumplir en todos sus aspectos, bajo penas severas, el vigente Reglamento de la Sanidad española.
- 2.^a Que dentro de dicho Reglamento (al igual que ocurre, por

ejemplo, en el de reemplazo y reclutamiento del Ejército) se incluya una ley selectiva, con su cuadro de exenciones, bien estudiado y aquilatado, que prohíba el matrimonio a todo hombre o mujer que, bien por sus antecedentes hereditarios, por sus vicios e imperfecciones psicoorgánicos o por sus enfermedades, no reúna las condiciones de vitalidad necesarias para una buena procreación.

3.^a Que el Estado dicte, también del referido Reglamento, una ley autorizando la creación de un tribunal médico especial, destinado a seleccionar y eliminar de la sociedad presente a todos aquellos sujetos que, al solicitar un cargo público o privado de responsabilidad e importancia, no reúnan las condiciones de capacidad intelectual y, sobre todo, moral para el desempeño de los mismos.

Es decir, que el Estado y los particulares no debían limitarse a admitir en su seno, sobre todo para el desempeño de ciertos cargos y mandos, a individuos a quienes, las más de las veces (a pesar de su competencia profesional), sólo se les exige un ficticio e indulgente certificado facultativo en el orden físico, y una certificación de penales o de buena conducta en el orden moral, sino aquellos otros que, mediante un reconocimiento médico escrupuloso, se hallasen capacitados física y, sobre todo, moralmente para ello.

De este modo no veríamos como, por ejemplo, un juez (dotado, sí, de una inteligencia clara y hasta de una competencia científica profesional extraordinarias) puede llegar a condenar y hasta ensañarse con un inocente, tan sólo por haber sido investido para este cargo un señor en quien no se tuvieron en cuenta los vicios e imperfecciones psicomorbosas hereditarias que en el orden de su personalidad moral pudiese poseer.

No debe, pues, ser seleccionado y eliminado solamente para ejercer un cargo público, el que por el hecho de ser cojo no sirve, por ejemplo, para la carrera de las armas, sino también aquel otro que presenta cojeras espirituales, y más si éstas van dirigidas preferentemente por el lado de sus sentimientos y de su voluntad.

4.^a Que el Estado cree en el número necesario, con arreglo a todos los adelantos modernos, las llamadas «Escuelas de anormales», donde el actual Cuerpo de inspección médico-escolar no se limite sólo a cuidar de la salud corporal del niño, sino también dentro de dicho Cuerpo haya especialistas en psicología, psicope-

dagogía, psiconeuropatología infantil, que, poniendo en acción todos los modernos métodos pedagógicos y psicoterápicos (tan abandonados en la ciencia española), puedan llegar a evitar y corregir a tiempo los vicios, imperfecciones morales y las inclinaciones hacia el mal que el germen psicopático, hereditario o adquirido, determina en un tanto por ciento muy elevado de los cerebros infantiles.

5.^a Que al igual que los Gobiernos y colectividades se preocupan actualmente de la creación de Lligas, sanatorios y fiestas de la flor para proteger y amparar al pobre tuberculoso, del mismo modo la sociedad y los poderes públicos no debían dejar tampoco en el abandono olvido que en la actualidad se encuentran, a esos otros pobres enfermos de la más triste y compasiva de las enfermedades, esto es, de la *locura*.

Y a este humanitario fin, hora sería ya que el Estado tratase de romper moldes antiguos, y que se preocupase de la construcción de manicomios, no sólo en el número necesario, sino también teniendo en cuenta, además, que estos establecimientos no debían limitarse sólo (como en la actualidad ocurre) a ser meros asilos de orates, sino verdaderos centros médicos, dotados del emplazamiento local, material y personal necesario y apropiado, para que en ellos pudieran ser terapéuticamente tratados los locos curables, y convenientemente atendidos y considerados los desgraciados incurables.

J. CAMINO GALICIA,
Capitán Médico.

V A R I E D A D E S

El 28 del pasado tuvo lugar en el Hospital militar de Palma de Mallorca el simpático acto de colocar en el Salón de actos el retrato del difunto Inspector de nuestro Cuerpo, Sr. Weyler, padre del Capitán general de este apellido.

El Inspector Weyler, que fué un Jefe muy entusiasta y distinguido, estuvo encargado durante mucho tiempo de la Jefatura de Sanidad Militar de las Islas Baleares, y con este motivo el personal

del Cuerpo residente en dicha Plaza encontró muy oportuna la idea que acaba de llevarse a cabo.

El General Weyler agradeció mucho este homenaje, haciéndoselo presente al Coronel Médico Sr. Rodríguez Vázquez, que dedicó al antiguo Inspector de nuestro Cuerpo un recuerdo tan sentido como justo.

*
**

En el Hospital militar de Vigo, y por iniciativa del Director de dicho establecimiento, Comandante Médico D. Alfredo Pérez Viondi, pronunció una interesante conferencia acerca del suero diagnóstico por el procedimiento Durán de Cottés, el laureado Capitán Médico Sr. Bertoloty, asistiendo numerosa concurrencia, formada por Médicos y Farmacéuticos civiles y militares, que felicitaron efusivamente al disertante.

*
**

Por reciente Real decreto ha sido promovido al empleo de Inspector Médico de primera clase el Excmo. Sr. D. Eliseo Muro, confirmándosele en el cargo de Inspector de Sanidad Militar de la primera Región, que tan acertadamente venía desempeñando en comisión.

También han sido agraciados con la Gran Cruz de San Hermenegildo los Excmos. Sres. Inspectores Médicos D. Francisco Alfau y D. Pedro León.

Reciban tan respetables Inspectores nuestra afectuosa felicitación.



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Sobre el empleo del calor seco como medio de destrucción de las pulgas de rata.— Raadt se inspira en los halagüeños resultados obtenidos por Halberkaun con el empleo del calor seco para la destrucción del piojo. Las pulgas de rata (*Xenopsylla cheopis*) fueron colo-

cadas en tubos de vidrio, de unos 3 centímetros de diámetro, cerrados con gasa por sus dos extremidades, sometiéndose al calor más o menos húmedo en la estufa.

Los resultados fueron los siguientes:

Número de orden.	Número de X. cheopis.	Humedad del aire calentado.	Temperatura.	Duración de la prueba.	RESULTADOS
1	122	19	50° C.	15 minutos.	Destrucción completa.
2	45	80	50°	10 id.	Idem.
3	72	25	48°	15 id.	Idem.
4	183	37	49°,5	10 id.	Idem.

Cuando las pulgas se encuentren sobre la rata misma, su exposición al calor debe prolongarse, pues al cabo de treinta minutos quedan todavía algunas pulgas vivas en los pelos de ratas cloroformizadas, mantenidas en la estufa á 50° C; pero después de cuarenta y cinco minutos de incubación a la misma temperatura, todas las pulgas quedan muertas.

Para aproximarse a las condiciones habituales (cuando las pulgas separadas de sus huéspedes se encuentran en las mercancías, etc.) los ejemplares fueron colocados en tubos envueltos de tela o de tejidos absorbentes. En estas condiciones, perecieron todas las pulgas en cuarenta y cinco minutos a la temperatura de 50° C.

El autor propone recurrir al calor seco como procedimiento anejo al método de desinfección por el óxido de carbono para obtener la destrucción cierta de las ratas y sus parásitos.—(*Off. Int d'Hygiène Publique*, Avril 1919.)—J. P.

* * *

La lucha contra la tuberculosis en la ciudad de Frankfurt a Main.—La liga antituberculosa de esta ciudad es una institución que puede ponerse como modelo. Su fin ha sido combatir una enfermedad so-

cial con medios sociales y proteger al individuo enfermo y a la sociedad, sin lesionar las legítimas prerrogativas de la vida individual y familiar del enfermo.

Diferentes dispensarios antituberculosos son los encargados de diagnosticar rápida y precozmente esta enfermedad. El Instituto de Higiene practica gratuitamente los análisis de esputos. Tan pronto como por el dispensario o por el Médico particular tiene noticia la Liga de la existencia de un caso, si es susceptible de tratamiento en un sanatorio, le facilita el ingreso. Si es avanzado e incurable, una dama visitadora procura convencer a la familia de la necesidad del ingreso en un hospital. Pero esto no es cosa grata a la familia; de ordinario, y rechazada esta proposición, la Liga se encarga de mejorar su asistencia. Para ello, busca una casa higiénica en la que el enfermo pueda disponer de cuarto independiente, y a expensas de la Liga se muda la familia a esta casa, y allí la misma institución le facilita, si no tenía, cama independiente y todo el servicio de ropa blanca, etc., que servirá exclusivamente al tuberculoso. Es la casa más cara, en este caso se le abona al enfermo la diferencia entre su habitación antigua y la moderna. Para hacer el enfermo inofensivo a los que le rodean, las

damas visitadoras instruyen a la familia y al enfermo en el uso y desinfección de las escupideras, y enseñan a la familia a tener la casa bien ordenada y limpia, suministran jabón, enseñan con el ejemplo, y a poco aquel enfermo es poco peligroso, por vivir en un medio limpio y con precauciones suficientes. Los niños son mantenidos fuera de casa el mayor tiempo posible, con variados pretextos, y son enviados periódicamente a las curas rurales. Por último, la Liga se ingenia en hacer la desinfección simpática y conveniente.

Dado el caso de familias menesterosas en las que la falta de recursos sea causa que favorezca el contagio, se les procura trabajo y se les suministra víveres de sus almacenes y de sus huertas. Durante la guerra, en vez de esto se les daba dinero por no disponer de reservas de víveres.

Todos los Médicos de correos, telégrafos, hospitales, instituciones, etcétera, deben señalar a la Liga la existencia de enfermos tuberculosos.

Como se ve, el elemento primordial aquí es la dama visitadora, y de la actividad, competencia y celo de ellas depende el éxito de esta institución, que ha conseguido suprimir la rigidez oficial y no ser antipática al menesteroso, forzándole a separaciones siempre penosas o a medidas que repugnan con su modo de sentir, procurando también que todos los que rodean al enfermo se sometan a vigilancia médica, a fin de tratar precozmente los posibles contagios. (*Presse Médicale*, 1919, núm. 54.)—F. G. D.

* * *

Tratamiento de las pleuresias purulentas post-gripales.—Toda pleuresia purulenta post-gripal, dicen Berard y Dunet, exige la pleurotomía.

Los autores proceden a esta operación siguiendo una técnica muy especial, cuyo tiempo capital consiste en el establecimiento de un drenaje anterior por contraabertura en el punto más declive de la cavidad pleural. Este punto declive ha sido previamente fijado por una exploración digital de la cavidad, practicada a través de una incisión que no interese más que las partes blandas y la pleura, y que se ejecuta por delante de la línea axilar posterior en el octavo o noveno espacio. La determinación del punto declive se hace admitiendo que un pleurítico adopte la posición de sentado o medio sentado. Este punto está situado en el fondo de saco costodiafragmático anterior. La costilla se reseca sobre la línea axilar anterior. La abertura ancha permite el escobillonaje de la pleura. El drenaje se verifica por uno o dos gruesos tubos anteriores.

Los cuidados post-operatorios comprenden la irrigación discontinua, por medio de una solución antiséptica, prolongada durante ocho o diez días y practicada cada tres horas.

Los autores aconsejan se levante pronto el enfermo (desde que la temperatura se acerca a la normal): un ejercicio moderado, fuerza al pulmón a respirar de una manera amplia y facilita el drenaje.

Los resultados publicados son muy satisfactorios.—(*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Diciembre 1918.)—J. P.

* * *

Las formas dolorosas de los quistes hidatídicos del hígado.—A. Chaurfard manifiesta que los quistes hidatídicos del hígado no suelen provocar gran dolor, aunque sean voluminosos.

Los dolores suelen presentarse en las siguientes condiciones:

1.^a Las reacciones inflamatorias de vecindad por perihepatitis o por epiploitis pueden ser causa de dolores y provocar curiosas deformaciones del tumor hidatídico, que parece múltiple.

2.^a Todo quiste hidatídico, indolente, que en un momento determinado resulta doloroso, de manera más o menos continua, debe ser considerado como en vías de infección. La curva febril, el examen de la sangre, que muestra una leucocitosis y una modificación del porcentaje leucocitario, con aumento de polinucleares, confirman el diagnóstico.

3.^a Los dolores pueden ser cau-

sados por fenómenos de compresión nerviosa.

El autor ha descubierto un quiste que comprimía el plexo lumbar y provocaba irradiaciones dolorosas a lo largo de la cara anterior del muslo hasta la rodilla y cara posterior de la pierna.

4.^a La forma más interesante de quistes hidatídicos dolorosos es la pseudolitiásica. El dolor se parece al de un cólico hepático. Los errores de diagnóstico son posibles. Las intervenciones y las disecciones quirúrgicas permiten dividir estos casos en dos grupos. En el primero, las vesículas hidatídicas son intrabiliares (vesícula y conducto colédoco) y muy dolorosas; y en el segundo obedecen a una infección del parénquima hepático.

El diagnóstico del quiste en los dolores pseudolitiásicos es bastante fácil cuando el hígado está hipertrofiado.—(*Annales de Médecine.*) J. P.



PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Organización del servicio de Sanidad Militar.—Puestos quirúrgicos avanzados.—El Dr. Picque, que ha dirigido durante bastante tiempo un puesto quirúrgico avanzado, hace notar que desde el principio de la guerra se comprendió la necesidad imperiosa de tratar al herido de guerra como en tiempo de paz, es decir, inmediatamente y completamente.

Puesto que es difícil que acuda a tiempo un herido hasta las ambulancias divisionarias, es preciso, dice el autor, que se atienda en aquél a los moribundos y a los grandes heridos de los miembros. Aquéllos encontrarán un fin menos cruel y éstos se beneficiarán de una intervención saludable (hemostasia y exéresis, transfusión). Este es el «puesto anti-shock».

El autor proporciona una estadística de la actividad de su puesto quirúrgico avanzado, de la que se deduce:

- 1.º Los heridos sin herida vascular o penetración abdominal han curado *per primam*.
- 2.º Los hemorrágicos y oseosos operados precozmente han evitado

las complicaciones resultantes de la prolongación de la hemorragia o de la exageración de los desgastes esqueléticos.

- 3.º Un pulmonar y un peritoneal inmovilizados se han beneficiado del P. Q. A.—(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.*)—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

14 Agosto....—Real orden (*D. O.* núm. 227) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos D. Blas Hidalgo Sánchez, D. Enrique Blasco Salas y D. Pascual Ibáñez Centenera, y Teniente Médico don César Yaque Laurel.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 227) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos D. Juan Pomar Taboada, D. José González Vidal, don Rafael Díaz Alcrudo, D. Juan Ruiz Cuevas y D. Cándido Soriano Catalán, y por el Farmacéutico primero D. José Navarro Espín.

27 Septiembre.—Real decreto (*D. O.* núm. 219) concediendo la Gran Cruz de San Hermenegildo al Inspector Médico de segunda D. Pedro León Jiménez.

» » Real orden (*D. O.* núm. 219) concediendo la gratificación de efectividad de 1.000 pesetas, por dos quinquenios, a los Capitanes Médicos D. Nemesio Diaz Mena y D. Aquilino Martínez Vieta, y la de 500 pesetas, por un quinquenio, al de igual empleo D. Juan Cerrada Forés.

» » Real orden (*D. O.* núm. 219) disponiendo que el gasto que origine la adquisición de uniforme para los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios auxiliares del Ejército sea sufragado por el Cuerpo o unidad a que pertenezcan, aplicando al efecto la cantidad sobrante que les resulte por el concepto de sus primeras puestas, y

pasando al de su nuevo destino el cargo del resto del coste de dicho uniforme.

27 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 219) resolviendo que en los casos en que, obtenida la Medalla de Africa, se obtenga asimismo la Militar de Marruecos, quede excluido el uso de aquélla, a excepción de las logradas en las condiciones que determina la Real orden de 7 de Julio de 1916, y la de 23 de Octubre de 1912 (*C. L.* núm. 139 y 204).

» »
Real orden (*D. O.* núm. 220) nombrando Profesores de los cursos de Oftalmología, de los Hospitales militares de Valencia y Barcelona, al Comandante Médico don Fernando Muñoz Beato y al Capitán Médico D. José Gómez Márquez, respectivamente, encargándose del resto de los cursos convocados, de la especialidad, los Jefes y Oficiales nombrados por Real orden de 7 de Febrero de 1918 (*D. O.* núm. 32).

» »
Real orden (*D. O.* núm. 220) designando a los Jefes y Oficiales Médicos que se citan a continuación para la asistencia a los cursos de Oftalmología convocados:

Tenientes coroneles: D. José Castellví Vila, del Hospital militar de Barcelona, y D. Ricardo Sánchez Hargrave, del Hospital militar de La Coruña.

Comandantes: D. Eulogio del Valle Serrano, del Hospital militar de Madrid-Carabanchel; D. Emilio Soler Rodríguez, del Hospital militar de Madrid-Carabanchel, D. Adolfo Rincón de Arellano, del Hospital militar de Valencia; D. Juan García Rojo, del Hospital militar de Barcelona; D. José Carpintero Rigo, del Hospital militar de Barcelona; D. Eliseo Rodríguez Sayano, del Hospital militar de La Coruña; D. Miguel Parrilla Baamonde, del Hospital militar de La Coruña; D. José Bua Carón, del Hospital militar de La Coruña; D. Domingo Maiz Eleizegui, Ayudante del Inspector de Sanidad Militar de la octava Región, D. Paulino Paredes Pereda, de los grupos de hospitales de Melilla; D. Francisco Iturralde López, de los grupos de hospitales de Melilla, y D. Jesús Bravo Ferrer, de los grupos de hospitales de Melilla.

Capitanes: D. Joaquín Cotanda Clavata, del Regi-

miento Infantería de Mallorca, 13; D. Manuel Lamata Desbertrán, del quinto Regimiento Artillería ligera; D. Francisco Rodríguez González, del Regimiento Infantería de Guadalajara, 20; D. José Blanco Rodríguez, Jefe del Laboratorio de análisis del Hospital militar de Barcelona; D. Gregorio Fernández Lozano, del Regimiento Infantería de Vergara, 57; D. Luis Aznar Gómez, de la cuarta Comandancia de tropas de Sanidad Militar; D. Modesto Cotrina Ferrer, del octavo Regimiento de Artillería ligera; D. Jaimé Prat Solé, del Regimiento Dragones de Santiago, 9.º de Caballería; D. Arturo López Despret, del Regimiento Lanceiros de Farnesio, 5.º de Caballería; D. Juan Nuevo Díez, de la séptima compañía de tropas de Sanidad Militar; D. Julio Villar Madrueño, Jefe del Gabinete Radiológico del Hospital militar de Valladolid; D. Elío Díez Mato, de la octava Comandancia de tropas de Sanidad Militar; D. León Romero Corral, del Hospital militar de La Coruña; D. Francisco Cid Fernández, de la octava Comandancia de tropas de Sanidad Militar; don Julián Rodríguez Ballester, de la octava Comandancia de tropas de Sanidad Militar; D. Julián Rodríguez López, del tercer Regimiento de Artillería de Montaña; D. Gabriel Alonso Perez, del Regimiento Infantería Isabel la Católica, 54; D. Ramiro González Sierra, del Regimiento Infantería Isabel la Católica, 54, y D. Teófilo Rebollar Rodríguez, del Regimiento mixto de Artillería de Melilla.

27 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 220) disponiendo que cambien entre sí de destino los Farmacéuticos segundos D. Daniel García Vázquez, que sirve en el Hospital O'Donnell (Ceuta), y D. Fermín Fatou Sánchez-Medina, que está destinado en el Hospital militar de Cádiz.

» » Real orden (*D. O.* núm. 220) disponiendo que cambien entre sí de destino los Farmacéuticos segundos D. Miguel Galilea Toribio, que está destinado en los grupos de Hospitales de Melilla, y D. Jesús García Calder-Smith, que lo está en el Hospital de Madrid-Carabanchel.

27 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 220) concediendo el pase a situación de reserva con su actual empleo, al Teniente coronel Médico D. Carlos Amat Pintado.

» » Real orden (*D. O.* núm. 220) nombrando Alféreces alumnos de la Academia de Sanidad Militar a los 34 opositores aprobados que se citan a continuación: D. Atilano Cerezo Abad, D. Leandro Martín Santos, D. José Rey Cebrián, D. Ramón Rodríguez de Mata, D. Federico Arteaga Pastor, D. Damián Navarro García, don José Roig Padró, D. Manuel Espada Sánchez-Barbudo, D. Perfecto Peña Martínez, D. Ginés Torrecillas Carrión, D. José Ventosa Punsoda, D. Ildefonso Martín Rascón, D. Luis Alonso y Alonso, D. Antonio López Cotarelo, D. Juan Pereiro Courtier, D. Manuel Bermúdez Pareja, D. Fernando González Gamonal, D. Manuel Portabales Pichel, D. Eduardo López Font, don Donato Bañares Zarzosa, D. José Martín de Antonio, D. Francisco García Aynat, D. Isidro Sáez Martínez, D. Esheban Díez Urosa, D. José Hidalgo Delgado, D. Carlos Rozas Seirietz, D. Juan Bercial Esteban, D. José Salarrullana Alabart, D. Juan Alvarez Martín, D. Enrique Videgain Aguilar, D. Simplicio Vidal Portela, D. Antonio Vázquez Bernabeu, D. Gracián Triviño Sánchez y D. Adrián López Orozco.

30 » Real decreto (*D. O.* núm. 221) reorganizando la Sección de Cría Caballar y Remonta del Ministerio de la Guerra, con el carácter y denominación de Dirección del Fomento de la Cría Caballar de España.

2 Octubre....—Real orden (*D. O.* núm. 225) concediendo la Cruz y Placa de San Hermenegildo a los Inspectores Médicos de segunda D. Indalecio Blanco Paradela y D. José Tolezano Mercier; y la Cruz al Teniente coronel Médico D. José Valderrama Martínez; Comandantes Médicos D. Santos Rubiano Herrera, D. Antonino Alonso Hernández, D. Francisco García Barsala, D. Eliseo Rodríguez Sayans; Subinspector Farmacéutico de segunda D. Juan Muñoz Muñoz, y al Farmacéutico mayor D. Uldarico Presa Sanahuja.

3 » Real orden (*D. O.* núm. 224) concediendo al Inspector

Médico de segunda clase D. Eliseo Muro Morales, la Cruz y Placa de San Hermenegildo.

- 3 Octubre...—Real orden (*D. O.* núm. 224) resolviendo que por las clases e individuos de tropa del Cuerpo de Sanidad Militar, de inferior categoría a la de Suboficial, se rinda saludo al personal de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios auxiliares del Ejército, así como por las mismas indicadas clases de los Cuerpos donde dicho personal auxiliar se halle destinado con ocasión de todo acto de servicio.
- 4 » » Real orden (*D. O.* núm. 224) concediendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales Médicos que a continuación se citan: Comandantes D. Antonio Sola Huerta y D. José Huesa Bueno; Capitanes D. Rafael Rodríguez Amérigo, D. José Pastor Pérez, D. Mariano del Alba y del Olmo y D. Silvano Escribano García; Tenientes D. José Frapolli Ricca, D. César Pedraza Cordón, D. Carlos de la Calleja Hacar, D. José Buera Sánchez, D. Ildefonso Aguilar Felipe y D. Fernando Plaza Gómez.
- 6 » » Real orden (*D. O.* núm. 225) dictando disposiciones para el funcionamiento de la Dirección del Fomento de la Cría Caballar en España, a la que se asigna un Comandante Médico, suprimiéndose el Capitán Médico que figuraba en la plantilla de la Sección de Cría Caballar y Remonta, a la que substituye esta Dirección. Se fijan las plantillas de los Depósitos de caballos sementales, que serán ocho, con residencia en Alcalá de Henares, Jerez, Valencia, Córdoba, Zaragoza, Logroño, Baeza y León, asignando a cada uno de ellos un Capitán médico.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 225) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a Maximina Amigo Sánchez al Capitán Médico D. Eduardo García Sánchez.

