

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

## Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año II

Madrid 1.º de Septiembre de 1908

Número 17

### SUMARIO

Fiebre mediterránea ó de Malta en España (continuación), por J. Durán de Cottes.—La Cirugía en Melilla, por Nicolás F. Victoria.—Resumen de los apéndices al nuevo Reglamento alemán para el servicio sanitario de campaña (continuación), por P. Farreras.—*Prensa médica*: El histosan.—La hiperemia pasiva del pulmón como tratamiento de la tuberculosis pulmonar (método de Bier).—La reacción de suero-precipitinas en los enfermos atacados de quistes hidatídicos.—La harina de avena en la diabetes azucarada.—Los síntomas del hígado en las enfermedades cardíacas.—Las relaciones del páncreas con la diabetes.—Tratamiento de la elefantiasis de los árabes por la tiosinamina.—Suturas tardías de los nervios seccionados.—La Sanidad Militar en China.—*Varietades*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Septiembre de 1908.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

## FIEBRE MEDITERRÁNEA Ó DE MALTA EN ESPAÑA

(Continuación).

Hasta que fué conocida la causa de la fiebre de Malta y los medios de llegar á un diagnóstico bacteriológico de ella, era designada esta enfermedad en Gibraltar con el nombre de *Rock fever*, registrándose multitud de casos que se caracterizaban en su mayor parte por ir acompañados de una secuela de manifestaciones reumatoideas y de anemia consecutiva, confundiéndose generalmente con la fiebre tifoidea y el reumatismo.

En los libros de asiento del Hospital militar y registros de la población civil es de notar que siendo más de 902 los casos de fiebres observados en 1882, en 1883 se redujeron á 883,

de los cuales se consideraron como probables de fiebre de Malta 429. En 1885 se redujeron á 697, de los cuales 341 eran de fiebre de Malta. En 1886, á 331, entre ellos 158 de fiebre tifoidea. Disminuyendo considerablemente en 1889, llegan en 1904 á aproximarse á cero.

Coincide la disminución de las fiebres de la Roca con los trabajos de drenaje y saneamiento en general de la población, tanto en la población militar como civil, practicados desde 1870; pero el rápido decrecimiento de la fiebre mediterránea, que se inició en 1885, forma marcado contraste con el estado de ella en Malta durante los años correspondientes, siendo por ello lógico pensar que existía alguna causa común, que habiendo cesado de obrar en Gibraltar persistía en Malta. Dió la clave del problema el hecho de que hasta 1883 todas las cabras de la Roca eran maltesas, y en esa época todos los cargamentos de cabras de Malta tocaban en Gibraltar. Posteriormente cesó la importación de cabras de Malta, siendo reemplazadas por cabras españolas, acentuándose la disminución de casos de fiebre mediterránea.

A partir de 1885, las cabras existentes en Gibraltar pueden clasificarse por su origen: primero, españolas; segundo, descendientes de las originarias de Malta, y tercero, resultado de mezcla de padres de Malta y madres españolas.

En 1905 han sido motivo de estudio, con objeto de determinar en qué forma se realiza la contaminación de unas á otras, descartada la procedencia de Malta. A este fin, extraída sangre de 250 cabras esparcidas en distintos puntos de la Roca, se sometieron á suerodiagnóstico al título de  $\frac{1}{10}$  y  $\frac{1}{100}$ , siendo el resultado el siguiente: suerodiagnóstico positivo, 15 por 100 de las maltesas, 11 por 100 de las españolas y 14 por 100 de las nacidas de mezcla.

Como el suerodiagnóstico positivo pudiera en los nacidos de mezcla ser motivada por transmisión de aglutininas á través de la placenta, se sometió su sangre, así como la leche, á

siembras, resultando escaso el número de cabras infectadas. Las siembras de sangre y órganos de cabritos recién nacidos y sacrificados, no demostraron la transmisión del M. M. por la placenta, y, por consiguiente, la propagación del proceso á las cabras nacidas de mezcla y españolas quedaba aún á resolver. En las españolas principalmente, el proceso había de ser procedente de España ó adquirido. La transmisión por el mosquito no pudo ser demostrada, resultando también negativos el examen de los *pediculi*, parásitos abundantes en las cabras, de los que 150 fueron examinados por More sin resultado; fué preciso, por consiguiente, aceptar la transmisión por contaminación de los alimentos con los excretas de las que se hallaban infectadas anteriormente.

Examinadas las cabras procedentes de España á su llegada, si bien en las de La Línea y Málaga se encontraron algunas con suerodiagnóstico positivo, las siembras de sangre y leche no dieron resultado; motivo por el cual se aceptan las de España, pero no sin que su admisión vaya precedida de examen y cuarentena.

Es sobradamente elocuente lo expuesto para que insista sobre el valor de las medidas de profilaxia referentes á los excretas de los enfermos y vigilancia del ganado; pero no puedo dejar de anotar la coincidencia de la baja de fiebre de Malta en Gibraltar con el aumento de la fiebre de Malta en España; aumento que clínicamente señala el Dr. D. Pedro R. y Cajal, en 1906, en Aragón, y que yo había comenzado á diagnosticar bacteriológicamente en 20 de Abril del mismo año (caso del Dr. Barea), y que comprobé en Toledo, Zamora, Cartagena, Málaga y Madrid (REVISTA DE SANIDAD MILITAR de 1.º de Noviembre de 1906).

Este aumento puede ser debido á una de dos causas: á que anteriormente á esta fecha no se han diagnosticado estas infecciones, ó á que, á semejanza de lo ocurrido en Gibraltar, la epidemia hoy existente en España (pues forma epidémica

reviste en la actualidad en Coll de Ladrones y anteriormente en algunos pueblos de las provincias de Alava y Segovia) obedece á una causa que, habiendo cesado de obrar en Gibraltar, ejerce hoy su influencia sobre España. Difícil es determinarlo, dadas las dificultades que á una investigación particular ofrece este problema y á la seguridad de que los Poderes públicos en nada han de contribuir á este fin.

No es posible desconocer la importancia de este asunto, pues aparte de lo que se refiere á España en general, tiene sumo interés para cada localidad en particular; así, pudiera ocurrir que algunas epidemias locales existentes debieran su origen á casos humanos procedentes de otra localidad, si bien es probable, á juzgar por su gran difusión por España, obedezcan á una causa más general.

Aprovechando la estancia en Cenicero del Sr. Garcia Camba, solicité de él me remitiera sangre de algunas cabras de la localidad para su examen, habiendo conseguido realizar el suerodiagnóstico de 8 cabras, una de ellas propiedad de un enfermo, X. X., afecto de fiebre de Malta. El suerodiagnóstico resultó negativo en todas ellas, pero considero la investigación como deficiente por ser muy limitada, y espero ultimar este extremo con el análisis de sangre de un centenar de ellas. La investigación del M. M. en su sangre no la he puesto en práctica por las dificultades de asepsia que han de presidir su extracción, que no podía practicar personalmente.

En tres cabras de la provincia de Toledo, el resultado del suerodiagnóstico ha sido negativo.

En 22 cabras procedentes de Coll de Ladrones (Huesca), cuya sangre me fué remitida por el inteligente Médico militar Sr. D. Victor Manuel Noguera, el resultado ha sido el siguiente:

*Resultado del suerodiagnóstico con la sangre de cabras remitidas de Coll de Ladrones por D. Victor Manuel Noguera.*

Número.	PROCEDENCIA		Resultado.
	Dueño.	Residencia.	
1	Casa Flores.....	Olivar.....	Negativo..
2	Idem.....	Canfranc.....	Idem.....
3	Idem.....	Idem.....	Idem.....
4	Astaso.....	Huesca.....	Idem.....
5	Valentín.....	Canfranc.....	Idem.....
6	Casaña.....	Idem.....	Idem.....
7	Idem.....	Idem.....	Idem.....
8	Idem.....	Idem.....	Idem.....
9	Idem.....	Idem.....	Idem.....
10	Idem.....	Idem.....	Idem.....
11	Idem.....	Idem.....	Idem.....
12	Idem.....	Idem.....	Idem.....
13	Idem.....	Idem.....	Idem.....
14	Jerónimo Isuel.....	Idem.....	Idem.....
15	Idem.....	Idem.....	Idem.....
16	Feijo.....	Oloron (Francia).....	Positivo..
17	Mariano Aro.....	Canfranc.....	Idem.....
18	Idem.....	Idem.....	Negativo..
19	Idem.....	Idem.....	Positivo..
20	Gregorio Casajuy.....	Idem.....	Negativo..
21	Idem.....	Idem.....	Positivo..

La sangre fué remitida impregnando papel chupón.

Total, 4 cabras infectadas.

La importancia de esta investigación es considerable, no tan sólo porque demuestra la infección de las cabras en esa localidad como causa de la epidemia en Coll de Ladrones, sino que también explica el predominio de la enfermedad en el Norte de España, principalmente Alto Aragón, y acaso su difusión por el resto de la Península, por ser las cabras en su generalidad procedentes del Pirineo.

¿De dónde procede la fiebre mediterránea en España? ¿Ha

sido importada recientemente, ó existe desde remotos tiempos? Extremos son estos que no es dable resolver por una investigación personal particular. Bástame por el momento señalar un foco importante en los Pirineos, que si bien no creo sea primitivo, acaso sea de los más importantes. Sin duda alguna las investigaciones que en las cabras de distintas localidades se practiquen han de demostrar lo extendida que se halla esta infección en el ganado de España.

El gran consumo de leche de cabras, su utilización en la confección de quesos frescos y otros productos alimenticios, la costumbre en casi todas las poblaciones de la existencia de cabrerías dentro de la población, su circulación por las calles y distribución de la leche á domicilio *vista ordeñar*, son puntos de vista que la higiene ha de regular si algo se intentare realizar para evitar la difusión de este proceso.

La profilaxia individual, nacida del *alejamiento* del germen, estriba principalmente en los cuidados de relación con los enfermos y sus excretas y en la abstención del uso de leche de cabras sin haber sido sometida á la esterilización por ebullición, en el uso de mosquiteros, etc., pues la índole del proceso, por lo demás evitable en la generalidad de los casos, hace inútil pensar en la aplicación de medios de inmunización preventiva, si bien en este sentido se han practicado trabajos en el mono y en el hombre, siendo los primeros de resultado positivo, y los segundos, por su escaso número, no pueden dar criterio definitivo en el asunto.

*Tratamiento.*—Un capítulo de terapéutica extenso constituiría el tratamiento de la fiebre de Malta si hubiéramos de consignar los múltiples medios farmacológicos empleados para combatirla. La desinfección intestinal, desde los purgantes usados con frecuencia en el curso del proceso hasta las profusas irrigaciones intestinales, pasando por la administración de todos los fenoles, se han dirigido á combatir los fenómenos infectivos del tubo digestivo.



Todos los antitérmicos han fracasado para combatir la fiebre, desde la quinina hasta el piramidol, muy en boga, pero sin mejor éxito.

Los analgésicos para las artralgias, neuralgias y mialgias, y la atropina para los sudores profusos, y en una palabra, todas las medicaciones sintomáticas, no han logrado modificar en lo más mínimo el curso del proceso ni combatir eficazmente los síntomas.

La penetración del germen, por regla general por la mucosa intestinal, y su paso á los linfáticos y capilares sanguíneos, se realiza sin grandes trastornos de la primera, existiendo un período de incubación de siete á doce días, próximamente, hasta que se manifiestan los síntomas generales, consecuencia de la rápida multiplicación del germen, que invadiendo órganos y tejidos, obra por su propia vitalidad y toxinas que elabora.

La reacción defensiva del organismo invadido, si bien se realiza desde el primer momento, no lo es en forma tal que los anticuerpos elaborados, especialmente los que intervienen para la destrucción de gérmenes y toxinas, conduzcan á una rápida inmunización activa, que es en lo que consiste la curación de las infecciones, sino que, por el contrario, realizándose lentamente, el proceso se prolonga meses y meses, y en ocasiones más de dos años. Esta difícil vacunación al M. M. tiene semejanza con lo que ocurre con los medios de cultivo donde se desarrolla.

Sabida es la dificultad del desarrollo del b. Eberth y otros gérmenes en los medios que le han servido anteriormente de medio de cultivo, debido á la vacunación que éstos han sufrido. Con el M. M. he podido comprobar que medios ya utilizados y raspados, después han dado hermosos cultivos en siembras posteriores, hasta tal extremo que tubos de agar antiguos con cultivos de M. M., sometidos á temperatura suficiente para liquidar el agar y hacer en él una emulsión con los gérmenes

desarrollados, ha servido como excelente medio de cultivo á gérmenes nuevamente sembrados.

La persistencia durante largo tiempo del germen en el organismo enfermo elaborando toxinas, da lugar, aparte de las manifestaciones generales de reacción orgánica y las locales en hígado, bazo, etc., á alteraciones degenerativas de algunos órganos, como el corazón, que acaba por afectarse en su fibra muscular, y á una hipoglobulia y leucopenia notable, que se traducen por un estado de profunda anemia del enfermo y á manifestaciones de orden tóxico sobre el sistema nervioso.

Como consecuencia del curso del proceso, en lo que se refiere á lo que pudiéramos llamar infectivo, el tratamiento debemos fundamentarlo en los extremos siguientes:

- 1.º Disminución de entrada de gérmenes por la mucosa intestinal.
- 2.º Activar los fenómenos defensivos orgánicos que conducen á la autoinmunización al M. M.
- 3.º Atender á las manifestaciones sintomáticas de localización y toxemia.
- 4.º Facilitar la eliminación de gérmenes por la vía renal.

La primera indicación la cumpliremos evitando la entrada de nuevos gérmenes en el tubo digestivo, cuando se realiza por la alimentación con leche de cabra infectada, y eliminando los que en el tubo digestivo se hallen, ya por *sustracción* por medio de los purgantes é irrigaciones profusas, ya por su destrucción, muy limitada é ineficaz en la generalidad de los casos, sirviéndonos de los antisépticos intestinales.

La segunda indicación podemos atenderla por todos aquellos medios que aumenten las fuerzas defensivas orgánicas contra la acción del germen y sus toxinas, y por consiguiente, este método racional de tratamiento puede tener dos finalidades: ó estimular los medios defensivos generales, dando resistencia al organismo, ó estimular las defensas específicas



que, como consecuencia de la lucha contra el germen y sus toxinas, el organismo elabora.

Para satisfacer la primera finalidad puede recurrirse á los tónicos en general y á todos aquellos medios que, como los sueros artificiales, facilitan la acción de las alexinas, citinas ó anticuerpos sobre las bacterias.

La segunda finalidad tiene que ajustarse á un tratamiento específico, en el sentido de activar la producción por el organismo de los anticuerpos que el mismo elabora contra el germen y sus toxinas, ó suministrarle dichos anticuerpos procedentes de otro organismo que los ha elaborado. Constituyen estos métodos, respectivamente, la bacterioterapia y sueroterapia específica.

Nada personal puedo consignar respecto del resultado de la bacterioterapia, pues no he tenido ocasión de ponerlo en práctica, en atención á que es un método que debe utilizarse con ciertas precauciones, que en España despiertan recelos. En efecto: fundándose en el hecho de que la curación de las infecciones se realiza por la producción de anticuerpos, debidos al propio estímulo bacteriano, y de sus toxinas sobre el organismo, la bacterioterapia utiliza el mismo germen, atenuado ó muerto, para inocularlo al enfermo durante la infección, activando la elaboración de dichos anticuerpos; método perfectamente racional, pero que nos expone á neutralizar elementos defensivos ya elaborados que acaso sean necesarios para destruir los gérmenes que dotados de gran vitalidad y virulencia existen en el organismo enfermo, motivo por el cual su aplicación debe ir precedida en todo momento de un estudio de las resistencias representadas por dichos anticuerpos (bacteriolisinas, opsoninas, etc.)

Los trabajos realizados sobre bacterioterapia acusan diverso resultado y se hallan en período experimental. Ried, en el «Chathan Hospital», obtuvo resultado satisfactorio utilizando una vacuna preparada con un cultivo de M. M. proce-

dente de hígado de un enfermo. El cultivo, esterilizado y desecado, era asociado á un vehículo en la proporción de 0'2 de miligramo por centímetro cúbico. Las inyecciones se practicaban cada semana ó cada diez días, utilizando en cada inyección 0'25 cc. de la vacuna preparada. Cada inyección va precedida del estudio del poder opsonico del suero del enfermo.

Como hemos indicado, la sueroterapia consiste en utilizar como tratamiento el suero de un animal al que se ha inmunizado previamente.

En el estado actual de la ciencia parece superfluo entrar en pormenores respecto de los principios que rigen la sueroterapia y elaboración de los sueros, por cuyo motivo voy á limitarme á exponer algunos trabajos practicados por mí en este sentido.

Conociendo la susceptibilidad de la cabra á la infección melitense, dirigí mis primeros trabajos en el sentido de conseguir inmunizar dicho animal. A este objeto comencé por practicar inyecciones subcutáneas de germen muerto á dosis progresivas en una cabra cuya sangre no poseía acción aglutinante alguna sobre el M. M. A las cuatro ó seis inyecciones el poder de aglutinación se manifestaba á titulo superior al 1 por 20, cuyo poder fué aumentando á medida que las inyecciones recibidas eran más numerosas y la cantidad de gérmenes inyectados mayor. Alternando con inyecciones subcutáneas de germen muerto, comencé á practicar inyecciones intravenosas, sin que fueran seguidas de manifestaciones ostensibles por parte de la cabra, que únicamente presentaba desnutrición y cojera, sin tumefacción, de una de sus extremidades, que consideré debida á serle dolorosa la progresión. Cuando el suero de la cabra llegó á adquirir altísimo poder aglutinante, casi indeterminable, por necesitarse extremadas diluciones para su determinación, fué inyectada con 5 cc. de germen vivo en inyección intravenosa y sangrada á los ocho días.

Con el suero obtenido hice diluciones concentradas en caldo, que fueron sembradas con M. M., sin conseguir oponerme al desarrollo del M. M. ni aun en siembras practicadas en el suero en masas, siempre que tuviera el cuidado de agitar dos ó tres veces al día el tubo de la siembra donde el germen se desarrollaba en el fondo y aglutinado.

(Continuará).

J. DURÁN DE COTTES,

Médico mayor.

---

## LA CIRUGÍA EN MELILLA

Durante los doce meses últimos he practicado en el Hospital militar de esta plaza (en militares, mujeres, paisanos y moros) las operaciones siguientes:

Por ántrax graves.....	3
Por lupus.....	1
Ingrertos en una úlcera.....	1
Extirpación de neoplasias.....	6
Idem de ganglios en el cuello.....	2
Por flemón retromamario antiguo.....	1
Por ídem pelvi-rectal.....	1
Por hemorroides.....	5
Por gangrena de la boca.....	1
Por absceso urinoso con falsa vía uretral.....	1
Uretrotomía interna.....	1
Castraciones.....	3
Cura radical de hidroceles.....	8
Por varicoceles.....	5
Cura radical de hernias inguinales.....	6
Intervenciones directas en peritoneo.....	3
Raspados de matriz.....	2
Extracción de balas y otros cuerpos extraños.....	8
Idem de esquirlas por fractura.....	1

Excavación de huesos y raspado de focos tuberculosos...	8
Resección de costillas.....	4
Idem de tarso.....	1
Idem de carpo.....	1
Terebración de seno frontal.....	1
Trepanación mastoidea.....	1
Desarticulación de metacarpianos y dedos.....	6
Amputación de muslo.....	1
Idem de metacarpianos, metatarsianos y dedos.....	7
Idem de antebrazo.....	1
Enucleación y otras operaciones de los ojos.....	3
<hr/>	
TOTAL.....	93

Los resultados fueron: fallecimientos, 3; enfermos (moros) que recibieron el alta sin esperar la curación completa, 4; curación completa, 4; curaciones, 86.

Los fallecidos: una niña de tres años escasos, con herida en el abdomen, por la que salía casi toda la masa intestinal, y que murió efecto de shock á las pocas horas de ser operada; otra niña, por gangrena horrible de la boca é infección general, y un soldado, por meningitis, á los treinta días de haberse disparado un tiro de Mauser, y no obstante la terebración del seno frontal izquierdo que le fué ejecutada.

El caso de *lupus* recayó en una mora joven. La lesión era en forma de *placa*, que comprendía todo el labio superior, y su fecha bastante antigua. Practiqué raspado con cucharilla de tipo Wolkmann, hasta el tejido sano, y después ligera termocauterización. Tardó en curar un mes, pero con muchos cuidados post-operatorios obtuve una cicatriz nada defectuosa.

Los *ingertos* de Thiersch los puse en un moro de cincuenta años que padecía una viejísima úlcera simple ó idiopática, vegetante, de bordes irregulares y como de 20 x 15 centímetros, situada transversalmente en la parte media de la pierna

derecha. Raspé los mamelones hasta llegar á superficie lisa; cohibí la hemorragia comprimiendo durante un rato con torunda empapada en suero normal; obtuve en el muslo izquierdo, con navaja de afeitar, 16 colgajos de epidermis y de parte del dermis, que medían como minimum  $5 \times 1\frac{1}{2}$  centímetros; los extendí cuidadosamente sobre la úlcera, y coloqué después una cura aséptica humedecida con la misma solución salina esterilizada. Los resultados fueron admirables. Ni una sola de las tiras dejó de vincularse, y cuando á los ocho días levanté el vendaje, la ulceración estaba por completo reparada, bastando tres ó cuatro fechas más para que el moro recibiese el alta.

El *flemón del espacio pelvi-rectal superior* era consecutivo á periprostatitis agudísima, y el haber intervenido *pronto*—antes que el pus se abriese paso hacia el recto ó la fosa iliaca ó la nalga—y con incisión amplia y profunda hasta el foco, que fué desinfectado con solución de cloruro de zinc al 10 por 100, produjo un éxito rápido y definitivo.

La *gangrena de la boca*, la sufrió una niña de siete años. A su ingreso en la clínica tenía perforación redonda del carrillo derecho, y por ella y por la comisura labial salía papilla pútrida; el maxilar superior estaba tumefacto, y por entre los molares fluía pus. Raspé toda la mucosa, termocauterizando en seguida larga manu, y después extraje el canino y las dos muelas, que se hallaban casi desprendidas, y valiéndome del punzón de un trócar, perforé por el alrededor de la segunda el seno en la parte baja de la fosa canina, dando salida á líquido sanioso. Y á pesar de ello, y de inyecciones de suero, y de mucho tratamiento médico, la infección continuó, falleciendo la pequeña en medio de un repugnante cuadro de gangrena.

En las *castraciones*, ligué en masa el cordón, y á pocos milímetros por encima de la ligadura introduje un fiador de seda, cuyos cabos quedaron entre las gasas del vendaje, y que fué retirado á las cuarenta y ocho horas. De este modo estuvo

accesible aquél para el caso—poco probable—de hemorragia, con la ventaja además de no haber más que un hilo que eliminarse si no ocurría su enquistamiento.

En los *hidroceles*, practiqué la cura radical. En uno hice el procedimiento de incisión de Wolkmann, en cuatro el de incisión de Julliard y en tres el de extirpación completa de la serosa de Bergmann. En todos ellos logré marcha aséptica, mucho más rápida en éstos por falta de la reacción que hubo en los otros casos. Ninguno ha recidivado.

En cuatro *varicoceles* realicé la combinación de resecciones de escroto y de venas funiculares, y en uno solamente la primera, por ser poco voluminoso. En aquéllos, el primer tiempo consistió en escindir ampliamente la bolsa por el procedimiento de Reclus y atacar el paquete varicoso, separando el conducto deferente—sin disecarle mucho para no aislarle del vaso de su nombre—y la arteria espermática—cosa que resultó difícil en dos ocasiones—; escoger dos tercios de las venas, ligándolas dos veces; resecar el trozo comprendido entre ambas ligaduras, suturando luego los muñones, adosándolos en sentido paralelo, porque entiendo que en su superficie libre no han de tener la vitalidad precisa para su firme conexión, y unir, por último, la herida escrotal. El curso fué en los cinco casos aséptico, á pesar de que en uno se rasgaron tres puntos de sutura. El éxito definitivo: la suspensión en que quedó el testículo se ha conservado después de varios meses, según he tenido oportunidad de comprobar.

En las seis *hernias* he hecho cura radical por el procedimiento Bassini típico, tal como se lo he visto ejecutar á mi querido condiscípulo y hoy incomparable maestro Dr. Jiménez, ilustre Catedrático del Colegio de San Carlos. Los enfermos fueron cinco, pues á uno de ellos le operé dos hernias, derecha é izquierda, con cuatro meses de intervalo. Los resultados rápidos, el curso absolutamente aséptico también, hasta el punto de que sólo en uno hubo eliminación—sin pus—de



fres sedas de la sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor. A dos de los operados no se les había declarado inútiles para el servicio de las armas por ser cornetas voluntarios, y hoy cumplen normalmente las obligaciones de su clase.

Las intervenciones directas en *peritoneo* fueron realizadas: en un caso, para reducir una eventración por traumatismo; en otro, para buscar un proyectil, y en el tercero, para resecaer un trozo de epiplón que salía por una herida incisa, dilatando previamente, como en el primero, la sección peritoneal. En estos dos no hubo fenómeno patológico ulterior alguno; el último recibió el alta á los diez días del hecho quirúrgico.

La *terebración del seno frontal* resultó muy fácil. Se trataba de una herida en que el proyectil Mauser había salido por dicho punto. El tratamiento aséptico de la lesión determinó el cierre regular del orificio, y cuando tuve que abrirlo de nuevo, por observar en el enfermo signos de empiema, salté pronto la lámina ósea externa con la delgada capa de diploe que hay detrás, incidí la verdadera pared anterior del seno, y hallando obturada la desembocadura de éste en el canal nasal medio, por efecto de un conglomerado de pus, la desobstruí y limpié aquél cuidadosamente. Pero, á pesar de todo, sucumbió el pobre muchacho un mes más tarde por meningitis secundaria.

La *trepanación mastoidea* la llevé á cabo por oto-mastoiditis aguda, cayendo sobre el antro con cuatro golpes de escoplo Schwartz y raspando en seguida. El restablecimiento completo del paciente tardó poco tiempo.

La *amputación* de muslo la hice en una mujer con tumor blanco de la rodilla derecha y lesiones óseas tan altas que no era posible acometer la resección articular. Elegí el método circulo-perpendicular, procedimiento en embudo. El resultado fué tan excelente, que cuando á los siete días—y sin haber observado ni una sola elevación térmica—levanté el vendaje para quitar la mitad de las suturas, no había en él exudación

alguna, y á las diez fechas siguientes la enferma pudo recibir el alta, llevándose un muñón ideal por lo carnoso y por el sitio en que resultó la cicatriz. Quedé verdaderamente prendado del procedimiento.

Por último, la *amputación de antebrazo* hubé de realizarla en un moro, á quien le había explotado un cartucho de dinamita, arrancándole toda la mano derecha. Las heridas que quedaron obligáronme á mutilar en lo más alto del tercio superior por el método á colgajos desiguales, más grande el posterior—Teale—. Y como toda la superficie traumática estaba infectada porque tenía ya ocho fechas sin curarse, el curso no pudo ser aséptico, pero conseguí un buen muñón.

Y ahora, para concluir, entrego mi modesta labor á la benevolencia de los lectores, á quienes ruego no vean en estas páginas otra cosa que el deseo de exponer lo mucho que aquí se trabaja. Si pudiera creer que tiene algún mérito mi humilde obra durante un año, permítaseme la vanidad de pensar que sea el de haber logrado curaciones de primera intención en todos los casos posibles y el de que en muchos afectos supurados el curso post-operatorio fuese absolutamente aséptico, lo cual supone grandes sinsabores y desvelos, ya que además de esas 93 operaciones realizadas con anestesia clorofórmica he hecho infinidad de operaciones quirúrgicas menores, como uñas encarnadas, sutura de una herida en la lengua, numerosas circuncisiones, desbridamiento de abscesos y ántrax, contra-aberturas en trayectos fistulosos, raspado y termocauterización de superficies atónicas, extirpación de quistes sebáceos, tratamiento operatorio de castresana en dacriocistitis y otras muchísimas por el estilo.

NICOLÁS F. VICTORIO,

Médico mayor.

---

RESUMEN DE LOS APÉNDICES  
AL  
NUEVO REGLAMENTO ALEMÁN PARA EL SERVICIO SANITARIO DE CAMPAÑA

(Continuación).

APNDÉICE IX

Alimentación de los enfermos en la guerra.

En los hospitales de campaña se rige por un *plan de alimentos* especial, que puede alterar ó variar el jefe médico si el estado de los enfermos lo requiere. La ración la ordena el médico de visita con un día de anticipación. El cabo de sala la anota en la tablilla de cabecera y hace las planillas, que, luego, el médico auxiliar comprueba. En estas planillas figuran el resumen de enfermos y de raciones; el de sanitarios, enfermeros y suboficiales que hay que nutrir, y la relación de los grados, empleos, diagnósticos, clase y forma de ración correspondientes á cada enfermo.

El primer inspector de hospital de campaña resume todas las planillas, calcula las cantidades de alimentos y las entrega al cocinero. Todas las tardes, á las seis, el cabo de sala entrega un *parte diario de los enfermos* de la clinica al primer inspector de hospital de campaña. En este parte constan: el hospital y la clinica de que se trata, el número de enfermos de la misma, especificando si son del ejército propio, de los aliados ó prisioneros, y expresando la existencia anterior, los entrados (procedentes de los cuerpos ó de otros hospitales), salidos (útiles, muertos, trasladados y otros conceptos) y la existencia actual.

Con los partes diarios, el primer inspector de hospital hace los *partes mensuales de alimentación de enfermos*. En ellos consta: el hospital, el punto donde está instalado, el número de oficiales, suboficiales, sargentos é individuos alimentados día por día y la suma de todos al cabo del mes, distinguiendo los del ejército propio, los de ejércitos aliados y los prisioneros. En el espacio del ejército propio hay una casilla para las enfermeras alimentadas. El resto del personal sanitario mantenido se hace figurar en la casilla de observaciones. De la exactitud de este parte certifica el jefe médico, quien la comprueba cotejándolo con los datos del libro principal de enfermos.

El primer inspector de hospital, que puede tener á sus órdenes á un suboficial de sanidad, responde del servicio de la cocina. La comida la reparten los enfermeros, bajo la inspección de los cabos de sala. El jefe médico designa las horas del reparto, que, por lo general, son á las seis (verano) ó á las siete y media (invierno) el almuerzo, á las doce la comida y á las diez y ocho la cena. Las bebidas (vino, cerveza) se reparten con la comida del medio día. Si el servicio lo exige, se concede alimentación de la cocina del hospital, en vez de la ración de campaña, al personal inferior (excepto el de tren) que diga el jefe médico.

Dentro de la nación, y con el consentimiento de la intendencia, los alimentos pueden adquirirse por medio de contratista. En país enemigo se adquieren por requisición.

#### PLAN DE ALIMENTOS

Los alemanes distinguen cuatro formas de raciones de hospital, que difieren en las cantidades. Estas, en los alimentos ordinarios, disminuyen de la primera á la cuarta en general, así : I = 1, II =  $\frac{2}{3}$ , III y IV =  $\frac{1}{2}$ . En los extraordinarios aumentan en la II y en la IV. Pero estas cuatro formas no las

tienen todos los alimentos, la mayoría sólo tiene dos ó tres. Las espinacas, por ejemplo, figuran sólo en las formas III y IV, y son la única verdura que figura en IV forma. En general, lo que varía en las formas son las cantidades de granos, legumbres ó pastas de sopa; las de carne persisten iguales, excepto en los extraordinarios de jamón y salchichón. Las formas I y II son para los convalecientes y enfermos leves, la III para los febricitantes y la IV para los que por su estado no puedan usar otra. Las clases de raciones ó alimentos son las que siguen:

*Desayunos.*— 1) 0'3 litros de café, formado por 10 gramos de café tostado y 0'1 l. de leche. 2) 0'3 l. de te, formado con 3 gr. de te verde ó negro, 0'1 l. de leche y 20 gr. de azúcar. 3) 0'5 l. de leche. 4) 12 gr. de manteca.—Los desayunos son iguales para las cuatro formas. En vez de café, te ó leche se puede dar una sopa de las que figuran en el número 16.

*Comidas.*— 5) 250 gr. de carne fresca de buey. 6) 250 gr. de carne fresca de carnero (no darla muy á menudo). 7) 250 gr. de carne fresca de cerdo (no darla muy grasa ni muy á menudo). 8) 4 (I) ó 3 (II y III) gr. de extracto de carne de Liebig. 9) 200 gr. de carne en conserva. 10) Legumbres secas: a) 100 (I), 70 (II) ó 50 (III) gr. de arroz ó de trigo mondado; b) 120, 80 ó 60 gr. de cebada ó centeno mondados; c) 240 (I) ó 160 (II) gramos de guisantes, judías ó lentejas; d) 150, 100 ó 75 gr. de mijo; e) fideos improvisados (hechos con 120, 80 ó 60 gr. de harina y  $\frac{1}{2}$  (I y II) ó  $\frac{1}{3}$  (III) de huevo); f) 100, 70 ó 60 gr. de fideos. 11) Legumbres secas con patatas: a) 70, 50 ó 35 gr. de arroz ó trigo mondado con 140, 85 ó 70 de patatas; b) 170 (I) ó 120 (II) gr. de guisantes, judías ó lentejas con 330 ó 250 de patatas. 12) Verduras y legumbres tiernas: a) 900, 600 ó 400 gr. de patatas con c. s. de especias para condimentarlas; b) 900 ó 600 (I y II) gr. de patatas con 0'07 l. de vinagre; c) 500, 400 ó 250 gr. de zanahorias con 400 ó 250 de patatas; d) 675 ó 500 (I y II) gr. de nabos con 250 ó 170 de patatas; e) 500 ó 350 gr.

de colinabos con 250 ó 170 de patatas, ó 500 ó 350 gr. de berzas blancas ó coloradas con 440 ó 320 de patatas; *f*) 330 ó 220 gramos de berza curada (con vinagre y algo de kummel) y 440 ó 320 de patatas; *g*) 500 ó 350 gr. de judías tiernas con 250 ó 170 de patatas y algo de mastuerzo para condimento; *h*) 300, 250 ó 170 gr. de guisantes verdes con 675, 500 ó 300 de zanahorias; *i*) 3  $\frac{1}{2}$  l. de espinacas. 13) 35 ó 30 gr. de legumbres verdes desecadas con 350 ó 270 de patatas.—Para la IV forma se da 0'5 l. de una sopa de los números 15, 16, 19, 48 y 49, ó en su lugar espinacas. Con la ración del medio día se da una sopa de los números 15 - 19, de arroz, fideos, trigo mondado, etc., según la que solía tomar el enfermo en su país. Se tendrá en cuenta que la carne cocida viene á pesar la mitad que cruda, y no se dé con grandes tendones ni huesos. En vez de buey ó cerdo frescos pueden darse salados. Las patatas, zanahorias, etc., se guisan con el caldo de la carne (núms. 5-7). El uso de las patatas nuevas regúlese por las circunstancias de la localidad. Por último, las patatas pueden substituirse con patatas desecadas, en las proporciones equivalentes que siguen: 900 gr. de patatas por 36 de patatas desecadas; 600 por 24; 440 por 17'6; 400 por 16; 350 por 14; 330 por 13'2; 320 por 12'8; 270 por 10'8; 250 por 10; 170 por 6'8; 140 por 5'6; 85 por 3'4, y 70 por 2'8.

*Meriendas.*—14) 0'3 l. de café con leche ó 0'5 l. de leche sola.

*Cenas.*—15) Sopa de 90, 70 ó 50 gr. de trigo sarraceno ó de mijo. 16) Sopa de 60, 40 ó 30 gr. de harina de trigo sarraceno, de trigo blanco, de cebada, de avena ó de harina tostada. 17) Sopa de 670, 500 ó 330 gr. de patatas. 18) Sopa de 170 ó 115 gr. de pan de harina cernida. 19) Sopa de 120, 80 ó 60 gr. de pan de flor ó de bizcocho. 20) Sopa de 0'45 (III y IV) l. de leche con 30 gr. de pan de flor. 21) 0'3 l. de te con leche, formado por 3 gr. de te verde ó negro, 0'1 l. de leche y 20 gramos de azúcar. — Los números 15-19 constituyen las cenas co-



rrientes. En vez de ellas puede darse las de los 20 y 21.

*Raciones extraordinarias.*— 22) Asado de 250 gr. de carne de buey, 10 gr. de manteca y c. s. de especias. 23) Beefsteak de 250 gr. de carne, 20 de manteca y especias (pimienta y cebolla sólo por prescripción médica). 24) Asado de 250 gr. de carnero con sal y especias. 25) Chuletas (250 gr.) de carnero con 20 de manteca, sal y especias. 26) Asado de 250 gr. de carne de cerdo con sal. 27) Chuletas de 250 gr. de costilla de cerdo, 20 de manteca y 10 de harina de flor ó pan rallado. 28) Chuletas asadas de 250 gr. de ternera, 20 de manteca y especias. 29) 250 gr. de ternera, 20 de manteca, 0'05 l. de vinagre y sal, harina tostada y hasta un poco de cerveza. 30) 30 (I) ú 85 (II y III) gr. de jamón ó de salchichón. 31) Un arenque (salado). 32) 600 (III y IV) gr. de patatas, 15 de manteca, 0'15 l. de leche y sal. 33) 400 gramos de patas cocidas (con ó sin piel) y sal. 34) 50 gr. de arroz, 0'2 l. de leche, 10 gr. de azúcar y 1 gr. de canela. 35) 170 ó 120 (II y III) gr. de col en vinagre y 35 ó 25 de manteca de cerdo. 36) Mermelada de 170 gr. de manzanas frescas y 35 de azúcar. 37) 170 gr. de manzanas, peras, ciruelas, arándanos ó cerezas (cocidos) con 35 de azúcar. 38) 90 gr. de manzanas, peras ó ciruelas (asadas al horno) con 20 de azúcar. 39) 50 gr. de manzanas, ó 60 de peras, ó 90 de cerezas ó de ciruelas, ó 60 de mezcla de frutas, todo ello desecado, con 35, 15, 20 ó 20 gr. de azúcar. 40) 0'3 l. de caldo hecho con 175 gr. de carne de buey y sal. 41) 0'3 l. de caldo hecho con 175 gr. de carne de buey, un huevo y sal. 42) Un huevo pasado por agua. 43) Sopa de vino hecha con 0'15 l. de vino ligero, 35 gr. de azúcar dorado, 20 de pan de flor ó de harina de patata y un huevo. 44) Sopa de vino (0'15 l.) y 30 gr. de sagú cocido con 0'2 l. de agua y 20 gr. de azúcar dorado. 45) Sopa de 50 gr. de pan de flor con un huevo. 46) Sopa de 30 gr. de pan de flor con 0'45 l. de leche. 47) Sopa de cerveza, hecha con 0'3 l. de cerveza, 50 gr. de pan de harina fina de centeno, 30 de pan de flor, 20 de azúcar dorado,

10 de manteca, c. s. de sal y jengibre, canela, nuez moscada ó comino, según prescripción médica. 48) Sopa de ciruelas desecadas (60 gr. de ciruelas desecadas, 20 de pan de flor y 20 de azúcar dorado). 49) Sopa de 0'4 l. de arándanos frescos y 20 gr. de pan de flor y de azúcar. 50) 50 gr. de chocolate con 0'3 l. de leche. 51) 0'3 l. de una mezcla hecha con 20 gr. de polvo de cacao, 20 de azúcar y una yema de huevo. 52) 0'3 l. de café, compuesto de 8 gr. de café tostado con 0'1 l. de leche. (Si es preciso dar café solo se eleva la cantidad de café tostado en la cantidad correspondiente). 53) 0'3 l. ó 3 gr. de te verde ó negro, 0'1 l. de leche y 20 gr. de azúcar. 54) Un frasco de agua de Seltz, ó de sosa, ó minerales, etc. 55) 0'15 l. de vino blanco, tinto, fuerte ó flojo, ó media botella de vino espumoso. (En casos adecuados puede prescribirse vino de arándanos). 56) Una botella de cerveza. 57) 0'1 l. de aguardiente, cognac ó ron. 58) 35 gr. de manteca. 59) Una naranja de la China. 60) Medio limón. 61) 35 gr. de azúcar. 62) 165 gr. de pan de centeno. 63) 80 gr. de pan de flor. 64) 100 gr. de bizcochos.—Además de las sopas indicadas aquí, se pueden dar como extraordinarias las de los números 15-19. Procúrese no exigir en un mismo día carne asada de distintas especies animales, prescribáse sólo: «asado». Si la carne por asar no alcanza por lo menos á 2 kilogramos en el día, se da estofada. La carne para estofar ó asar no debe usarse para preparar caldo.

*Bebidas.*—65) Un frasco de cerveza reposada. 66) 0'9 l. de cerveza, obscura ó clara. 67) 0'25 l. de vino del país. 68) Agua panada (110 gr. de pan en 1 l. de agua). 69) Mucilago de 45 gr. de harina de cebada ó de avena en 1 l. de agua. 70) 90 gr. de malta. 71) 0'5 l. de leche. 72) Mucilago de 30 gr. de arroz en 1 l. de agua.—Las bebidas 65-67 son las usuales; las demás pueden usarse en vez de ellas.

*Pan.*—73) 600 (I) ó 330 (II) gr. de pan fino de centeno. 74) 80 (I, II y IV) ó 160 (III) gr. de pan de flor.—Estas cantidades son para todo el día.

*Condimentos.*—75) Sal, 35 gr. por enfermo y 15 para cada sanitario ó enfermero alimentados (por cada 20 enfermos ó menos). 76) Manteca, 15 gr. por cada litro de sopa. 77) Especias, c. s. (un céntimo de marco por cabeza).

ACLARACIONES.—No se debe dar una misma comida, y menos legumbres, con demasiada frecuencia. No dar tampoco á menudo unas conservas tras de otras. Los extraordinarios dénse á los enfermos á quienes no se pueda dar la comida ordinaria. Si necesitan alimentarse mucho, se les puede dar dos y más por día, y si, en casos especiales, es menester que tomen aves, pescados, zumos de frutas, etc., los médicos de sala lo proponen y el jefe médico lo dispone. A los enfermos que con la comida ordinaria de las formas I y II no tengan suficiente, se les da la carne que ha servido para preparar caldos. En vez de guisantes, judías ó lentejas secas, puede darse conservas de legumbres (con ó sin carne y con ó sin patatas). Así, para la comida del medio día, 112<sup>5</sup>/<sub>5</sub> (I) ó 75 (II) gr. de conservas con 250 (I) ó 170 (II) de patatas, respectivamente, ó sólo 150 (I) y 133 <sup>1</sup>/<sub>5</sub> (II) de conservas, y para la cena, 75 (I) ó 50 (II) de conservas y sin patatas. En lugar de 300 gr. de pan de centeno, se puede dar, en las formas I y II, 200 gr. de bizcochos. Además del pan de flor, los enfermos reciben 300 (I) ó 30 (II) gr. de pan de centeno. Procurar que las comidas y bebidas, incluso los extraordinarios, varien dentro de un mismo día lo menos posible.

A los oficiales y funcionarios podrá permitirseles que de su peculio les traigan comida de fuera del hospital, siempre que no sea en menoscabo de su salud.

El personal sanitario se alimenta con arreglo á la forma I, pero en vez de pan de flor ó de centeno recibe 750 gr. de pan de munición. En servicios penosos, verbi gracia, guardias nocturnas, el jefe médico les acordará bebidas y comidas especiales.

Los preceptos religiosos únicamente se atenderán en la

medida que permitan las prescripciones de alimentación y el estado de los enfermos.

P. FARRERAS,

Médico primero.

(Continuará).

---

## PRENSA MEDICA

---

**El histosan.**—El Dr. Goggia publica (*Gazz. degli Osped.*, 7 de Enero de 1908) el resultado de su experiencia sobre el uso del histosan en cinco casos de tuberculosis, uno de broncopneumonía y dos de bronquitis. Este medicamento es un albuminato de guayacol y puede ser dado en la forma de tabloides, que se disuelven en chocolate ó leche caliente. La gran ventaja de esta preparación de guayacol es su facilidad de asimilación y el no irritar el tubo digestivo como los demás.

El autor obtuvo de su uso excelentes resultados. La proporción de albúmina favorece la nutrición, y el guayacol, por sus propiedades bactericidas, ejerce una acción favorable sobre el proceso tuberculoso, y singularmente sobre las infecciones asociadas que siempre acompañan á sus lesiones.

\*  
\* \*

**La hiperemia pasiva del pulmón como tratamiento de la tuberculosis pulmonar (método de Bier).**—Es verdaderamente admirable la extensión práctica que el método de Bier, ó sea el tratamiento de las inflamaciones microbianas por la hiperemia pasiva de los órganos

afectos, ha tenido y va teniendo cada vez más en la clínica. Una de las últimas y más interesantes aplicaciones ha sido al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Dos razones han existido para pensar en este método de tratamiento. Una ha sido la curación obtenida por este método en casos de tuberculosis de los huesos y las articulaciones. Otra razón ha consistido en el hecho clínico observado desde tiempo inmemorial de que los enfermos con lesiones de corazón, sobre todo con estrechez mitral, están libres de contraer la tuberculosis, y si ya fueran antes tuberculosos mueren de ordinario de su lesión cardíaca y no de tuberculosis.

La explicación teórica del método ya la conocen nuestros lectores, por haber sido dada más de una vez en esta REVISTA, al juzgar bajo otros aspectos los trabajos de Bier. Se supone que en la hiperemia pasiva, espontánea ó artificial, se produce en el lugar infectado un éxtasis sanguíneo con extravasación del plasma sanguíneo y leucocitos. Este plasma contiene anticuerpos defensivos, alexinas y amboceptores específicos, que, junto con la acción fagocitaria de los

leucocitos, destruyen los gérmenes infectantes *in situ*.

Tal es el mecanismo de la cura por medio de la hiperemia pasiva en las tuberculosis locales. En los casos de estenosis mitral, la hiperemia pasiva que se produce en el pulmón por las dificultades del desagüe en la aurícula izquierda de la sangre venida del pulmón, ocasiona en éste un exudado plasmático que por los anticuerpos que contiene destruye ó se opone al desarrollo del bacilo de Koch. Tal es la razón de por qué los cardíacos con estrechez mitral no se hacen tuberculosos ó se curan de la tuberculosis si por acaso la padecían antes de ser cardíacos.

Con estos fundamentos se ha pensado en tratar la tuberculosis pulmonar por la hiperemia pasiva del pulmón artificialmente producida. A este fin, el Dr. Kuhn, de la Clínica de Leyden, en Berlín, ha inventado una mascarilla que por un mecanismo especial de válvulas produce, puesta sobre la boca y la nariz, una forma de respiración que da lugar á una cierta hiperemia pulmonar que puede prolongarse á voluntad.

Como resultado de la aplicación periódica de la citada máscara, Kuhn ha observado en los tuberculosos del pulmón los siguientes efectos: la tos disminuye, la expectoración mejora de aspecto, el peso del cuerpo aumenta, el número de glóbulos rojos de la sangre crece notablemente y la mejoría en general parece indudable. Aunque los hechos observados no son suficientes para formular juicio definitivo, bien merece la pena que se siga estudiando la cuestión. Se nos ha ocurrido pensar si la cura de la tuberculosis en lugares de altura,

donde la presión atmosférica es mínima, podría ser explicada en parte por este mecanismo, ya que la disminución de la presión atmosférica determina una distensión de los capilares de los alvéolos y una congestión pasiva del pulmón.

\* \* \*

**La reacción de suero-precipitinas en los enfermos atacados de quistes hidatídicos.**—Los Dres. Heig y Lisbonne señalaron el año pasado (*Semaine Medicale*, pág. 336) que el suero de los individuos que padecen quistes hidatídicos producen una reacción de precipitación con el líquido de esa clase de quistes. Algunos otros autores que ya se habían ocupado de esta reacción la habían encontrado inconstante. Últimamente Welsh y Chapman han comprobado en 9 casos seguidos una reacción positiva precipitante muy clara diez y ocho á veinte horas después de poner en contacto el suero de la sangre del enfermo y el líquido quístico. La reacción, según estos últimos autores, es constante; lo que pasa es que es preciso investigarla con gran cuidado para poderla comprobar algunas veces. Es necesario emplear lo menos 12 gotas de suero para obtener una buena reacción. Además es indispensable advertir que no todos los líquidos de quistes hidatídicos son igualmente precipitados por el suero de los enfermos; por eso hay que elegir un líquido quístico que, por la condición de sus albuminoides, sea fácilmente precipitado por el suero.

La opinión definitiva de los autores es que la reacción de precipitación es útil al diagnóstico de los quistes hidatídicos.

\* \* \*

**La harina de avena en la diabetes azucarada.**—El Dr. Pari manifiesta (*Gazz. degli Osped.*, 31 de Mayo de 1908) que á despecho de la cantidad de hidratos de carbono que tiene la harina de avena, no solamente es tolerada por los diabéticos, sino que ejerce en esta enfermedad una acción terapéutica. Von Noorden fué el primero que llamó la atención sobre este hecho en 1902. Ciertamente que no es fácil continuar por mucho tiempo una dieta sola con harina de avena, aunque sea con diversas preparaciones culinarias, porque en seguida vienen los trastornos digestivos, por lo que es preciso alternar este alimento con otro régimen diabético. Al principio de hacer uso de esta fécula hay un aumento de la cantidad de azúcar, pero pronto viene ésta al nivel anterior, y por último desaparece si la dieta de harina de avena es absoluta.

No deja de ser extraño que una enfermedad caracterizada por la dificultad en el metabolismo de los hidratos de carbono sea mejorada, y, según el autor, hasta curada por el método de Noorden. El autor recuerda un caso de diabetes en un joven de veintidós años que en pocos días consiguió con este régimen la desaparición en la orina del azúcar, el ácido oxibutírico y la acetona, á la vez que un aumento del peso del cuerpo.

No obstante lo asegurado por Pari, ha habido algunos clínicos que no han podido observar en el tratamiento de los diabéticos por el método de Noorden el mismo buen resultado.

Lo que parece resultar cierto de este método y del tratamiento, también recomendado, por las patatas, que no todas las féculas tie-

nen la misma dificultad para ser transformadas por los fermentos del organismo en el metabolismo nutritivo, y que esta idea debe ser aprovechada en el tratamiento de los diabéticos para no someterlos al régimen absoluto privativo de hidratos de carbono que tan necesarios son á la vida de los tejidos.

\* \*

**Los síntomas del hígado en las enfermedades cardíacas.**—El Dr. Tangeres Bishop (*Med. Record*, 27 de Junio de 1908) dice que los tres síntomas cardinales de las enfermedades del corazón son la disnea, el alargamiento y sensibilidad del hígado y la hidropesía, hasta el punto que si con grandes irregularidades de la función cardíaca no coincide la disnea, ni el alargamiento y sensibilidad del hígado, ni la hidropesía, casi se puede asegurar que no existe una formal lesión cardíaca. Los cambios ó trastornos del hígado son quizá los más seguros de toda perturbación cardíaca que dificulte la circulación. La estancación venosa en el hígado, dada su doble circulación, es la consecuencia inmediata de toda deficiencia del corazón y la causa inmediata del aumento de volumen de la víscera hepática.

\* \*

**Las relaciones del páncreas con la diabetes.**—Los Dres. Tiberti y Franchetti, de Florencia (*Sperimentale*, 1908), observaron que extirpando las tres cuartas partes ó las cuatro quintas del páncreas en los perros, no se determina una glucosuria permanente. Si algo más que esta



cantidad es extirpada, el animal muere con signos de una grave diabetes sacarina. La extirpación total del órgano no se puede llevar á cabo en los animales, porque casi todos ellos mueren de la intensidad del traumatismo. El tratamiento de esta diabetes experimental con inyecciones de núcleo-proteína ó con extracto pancreático, no tiene influencia alguna sobre la enfermedad experimental, de donde se puede deducir su inutilidad terapéutica en la clínica.

Los autores creen que esta diabetes experimental es debida á la cesación de alguna especial función del tejido pancreático, que es indispensable para el metabolismo normal de los hidratos de carbono en el organismo. Aunque es indudable que en la extirpación casi total del páncreas se producen trastornos del sistema nervioso, no hay razón para pensar que esos trastornos, como creen algunos, sean la principal causa de la glucosuria que resulta.

\* \*

**Tratamiento de la elefantiasis de los árabes por la tiosinamina.**—Hasta ahora la elefantiasis de los árabes, aparte los casos muy circunscriptos en el escroto ó en otro órgano susceptible de extirpación quirúrgica, había sido considerada incurable. Á Castellani se le ocurrió hacer uso de las inyecciones subcutáneas de tiosinamina ó fibrolisina á la dosis de 20 á 40 centigramos por día en solución glicerinada, fundado en la propiedad atribuida á esta substancia de disolver el tejido conjuntivo esclerótico, que constituye la principal lesión anatómica de la afección. El resultado, según Castellani, ha sido extraordinario. El

método seguido por el autor consiste en inyecciones subcutáneas de tiosinamina ó fibrolisina, que vende la fábrica de Merk; después compresión continua de la región afecta con una venda elástica, y, por último, extirpación del trozo de piel que queda en exceso después que el tejido fibroso ha disminuído mucho.

Teniendo en cuenta que se trataba de una enfermedad juzgada incurable, los resultados obtenidos por el método de Castellani son dignos de consideración y de ser estimados como un gran progreso en el tratamiento de esta afección.

Como se trata de una enfermedad algo frecuente en nuestras plazas de África, no estaría de más que alguno de nuestros compañeros destinados en ellas probara cuál es la verdadera eficacia del método de Castellani.

\* \* \*

**Suturas tardías de los nervios seccionados.**—El Dr. Leyai ha dado cuenta (*Pester Mediz-Chirurg. Presse*, 26 de Abril de 1908) del éxito alcanzado en tres casos de suturas tardías de los nervios, cosa que tiene gran importancia en las heridas de guerra. En un caso, la operación de la sutura fué hecha cuatro días después de la herida, y la sensibilidad se restableció á las dos semanas y el movimiento á las cinco. Nuevas fibras nerviosas son formadas en los extremos del nervio seccionado, que vienen á restablecer la función nerviosa. La sensación aparece antes porque ésta puede venir también por anastomosis, pero el único signo del restablecimiento de la total función nerviosa es la vuelta del movimiento muscular.

Claro está que mientras más pronto es practicada la operación, más rápidamente se restaura la función. Según Jessop, el éxito puede ser obtenido á veces meses después de la fecha de la herida.

En un segundo caso observado por el autor, la operación tuvo lugar á los tres meses de la herida, y la reacción eléctrica mostró cambios favorables dos días después.

En un tercer caso, cerca de tres meses mediaron entre la herida y la operación, y al cabo de quince días se presentó la sensibilidad y á los dos meses y medio el movimiento.

\* \* \*

#### La Sanidad Militar en China.—

O. Keether publica en *Deutsche Militärärztliche Zeitschrift* un artículo acerca de éste asunto. Dice que aunque el Ejército chino cuenta siglos de existencia, no ha tenido nunca organizado el servicio médico hasta que Juan Shi Kai lo implantó después de la campaña contra los boxers, tomando como modelo el japonés. Antes de ese tiempo, y aunque existían algunos instructores, principalmente alemanes en las provincias de Chi-li y Shemteng, los Oficiales eran cuidados por Médicos de las misiones y la tropa por curanderos chinos.

Con la nueva reorganización, limitada por ahora al Norte, tiene un Ejército compuesto de siete divisiones: la 1.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> en Pao-ting-fu; la 2.<sup>a</sup> en Yung Ping-fu; la 4.<sup>a</sup> en Matchang al Sur de Tientsig; la 5.<sup>a</sup> en Ysi-nau-fu; la 6.<sup>a</sup> en Pekín, y la 7.<sup>a</sup> en Tsehing-ting-fu. Sus divisiones se componen de brigadas, regimientos y batallones, y cada una tiene cuatro regimientos de Infantería y uno de Artillería, con sus

batallones de conductores y Cuerpo de tren.

El Jefe médico de este Ejército es el Dr. Hsii, que pertenece al Estado Mayor del Virrey Juan Shi Kai, siendo al mismo tiempo Director de la Academia de Sanidad Militar, con residencia en Tientsin, la cual cuenta con Profesores japoneses.

La distribución del personal médico es un Jefe para cada regimiento, dos Médicos para cada batallón y un Cirujano con Ayudante, de categoría de Capitán y Teniente respectivamente.

Los Ayudantes de Cirujano son Profesores con título facultativo, pero los Cirujanos jefes y los demás cargos superiores requieren, además del título profesional, haber pasado por las Academias especiales de Tientsin, Pekín ó Pao-ting-fu, sirviendo con dicho objeto los estudios hechos en Japón ó las Facultades de Europa. Casi todos estos puestos se hallan actualmente sin llenar, debido á la escasez de personal en condiciones para desempeñarlos. En general están mal retribuidos, y hasta ahora no muy bien atendidos.

El personal subalterno cuenta cuatro sanitarios para cada batallón de Infantería ó regimiento de Caballería, y tres por sección de Artillería. El uniforme es el de la Infantería, con brazalete de la Cruz Roja. Los camilleros se instruyen en el regimiento donde existen Escuelas especiales.

El material sanitario de las unidades combatientes se compone de cajas con instrumental quirúrgico y de curación, además de las camillas, todo acondicionado para ser transportable en carros ó á lomo de caballerías. El Cuerpo de

tren es el encargado de llevar este material, cuya construcción es japonesa y tomada de los modelos existentes en esta última nación. Tiene cada división un hospital de campaña asignado, con la misma organización de los europeos, pero hasta ahora no han logrado completar su instalación por falta de personal médico.

En tiempo de maniobras los camilleros trabajan bajo las órdenes de los Oficiales médicos, y se ejercitan además en preparar las curas y ayudar á la instalación de los puestos de socorro. Corresponden seis hospitales de campaña á cada división, pero aún no han llegado á funcionar, ni están preparados para el caso de una movilización.

---

## VARIIDADES

---

**La Jefatura de la Sección.**—Por haber cumplido la edad reglamentaria y pasado á la escala de reserva, ha dejado la Jefatura de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra el Inspector de segunda clase D. Justo Martínez y Martínez. Es de sentir que por motivos ineludibles reglamentarios se vea el Cuerpo privado de la cooperación de un Jefe tan activo y prestigioso. Ha sido D. Justo Martínez un entusiasta partidario de las preeminencias militares y profesionales de la Corporación, y ha intervenido con su influencia personal en la organización de muchos servicios, algunos muy interesantes, como, por ejemplo, el de la Brigada de tropas de Sanidad Militar. Sus condiciones de carácter, su posición social y política y sus entusiasmos por el Ejército le hacían un elemento valiosísimo, siempre dispuesto á luchar por nuestros intereses comunes. Su caballerosidad é hidalguía le crearon y dejan en el Cuerpo muchos amigos y admiradores, entre los cuales se cuenta esta REVISTA.

Le ha substituído en el cargo el Inspector de la misma clase D. Pedro Altayó y Moratones.

Es el Sr. Altayó un hombre de voluntad puesta al servicio de los prestigios del Cuerpo, á quien tiene una devoción excepcional. En alguna ocasión en que fué necesario defender altos intereses de la Corporación, no tuvo inconveniente en ponerse al frente del movimiento de opinión general, y á él se debe quizá que á estas horas sea la escala lo que es, sin haberse invertido en términos no siempre justos.

No es mucho el tiempo que, por motivo de su próximo ascenso, ha de estar al frente de la Sección; pero así y todo, tenemos la esperanza de que no ha de ser estéril su gestión, sobre todo si se inspira en la creencia de que lo que más urge fomentar es la cultura profesional de los individuos del Cuerpo, con aplicación á los servicios médicos, útiles á la salud del Ejército. Todo lo demás que constituye nuestra noble y justa aspiración militar, se nos dará por añadidura. Esta es nuestra firme convicción.

---

## SECCIÓN OFICIAL

- 1.º Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 178) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Antonio Bernal Descalzo; á los Médicos primeros don Nemesio Agudo Nicolás, D. Francisco Ibáñez Aliaga, don Eustasio Conti Alvarez, D. Antonio Sánchez Reyes y don Francisco Bada Mediavilla, y al Médico segundo D. Julián Aguado Colmenares.
- 7   »    Idem *id.* (*D. O.* núm. 176) autorizando al Subinspector médico D. Justo Martínez y Martínez para fijar su residencia en esta Corte.
- »   »    Reales órdenes (*D. O.* núm. 176) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir tres aparatos «Martín», para esterilizar en frío, y otros efectos que constan en el acta correspondiente.
- 8   »    Real orden (*D. O.* núm. 179) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores médicos de segunda clase D. Ceferino Rives Tornell y D. José Moriones López, y á los Médicos primeros D. Melchor Camón Navarro, D. Cándido Navarro Vicente y don Luis Fernández Valderrama.
- »   »    Idem *id.* (*D. O.* núm. 180) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Antonio Fernández Victorio y D. Francisco Soler Garde, y á los Médicos primeros D. Francisco Muñoz Bueno y D. Ignacio Cornet Jalá.
- »   »    Idem *id.* (*D. O.* núm. 185) aprobando y declarando indem-

- nizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Juan Ristol Canellas, D. Antonio Solduga Pons, don Antonio Casares Gil, D. Enrique Feito Martín y don Eduardo Coll Sellarés, y á los Médicos primeros D. José Gich Puigdollers, D. Laureano Cáceres Ponce y D. Domingo Coma Ajuria.
- 10 Agosto.—Real orden circular (*D. O.* núm. 179) disponiendo que se hagan extensivos á las familias de los individuos de tropa de Carabineros los beneficios de asistencia hospitalaria que constan en el artículo 5.º de la R. O. C. de 15 de Junio de 1904 (*C. L.* núm. 96).
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 179) concediendo á los huérfanos del Médico mayor D. Manuel Martín Costea derecho á ingreso, por turno preferente, en los Colegios de Guadajajara.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 187) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Pedro Muñoz Ellén, D. Benjamín Tamayo Santos, D. Eloy Fernández Vallesa, D. César Antón Arnáiz, don Enrique Obregón Cappa y D. Maurelio Belsol Oria.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 188) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Gregorio Gonzalo Martínez.
- 12 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 180) desestimando instancia promovida por el Médico mayor D. Alfredo Conejo y Sola, en solicitud de gratificación por prestar sus servicios en la fábrica de pólvora de Granada.
- » » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 180) concediendo pensión á la viuda del Inspector médico de segunda clase D. Jenaro Rodríguez Córdoba.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 181) concediendo retiro para esta Corte al Subinspector médico de segunda clase D. Luis López y Alonso, por haber cumplido la edad reglamentaria.
- » » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 181) clasificando en situación de retirado al Subinspector médico de segunda clase D. Luis López Alonso.
- 17 » Real orden circular (*D. O.* núm. 182) disponiendo se aumente el material quirúrgico que se expresa á los hospitales militares y enfermerías.

- 17 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 182) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. José Moreno Bastante.
- » » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 188) dictando reglas relativas al aumento de carbón de cok que se suministre á los Cuerpos que utilicen ollas económicas.
- 18 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 184) disponiendo que el Médico mayor D. Julio Martín Fernández continúe á las inmediatas órdenes del Inspector médico D. Pedro Altayó y Moratones.
- 24 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 188) concediendo el pase á situación de reemplazo al Farmacéutico mayor D. Fermín Martín Díez.
- 25 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 189) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan:
- Subinspector médico de primera clase* D. Antonio Hermita Alvarez, al Instituto de Higiene militar, como Director.
- Subinspectores médicos de segunda clase:* D. Joaquin Gamir y Díaz Colón, al hospital de Madrid-Carabanchel, y D. Indalecio Blanco Paradela, á la Inspección de Sanidad de la séptima Región, como Secretario.
- Médicos primeros:* D. Rafael Chicoy y Arreceigor, al séptimo montado de Artillería; D. Luis Fernández Valdeirrama y Fernández, al Parque de Sanidad Militar; D. Mariano Escribano y Alvarez, al segundo batallón de Navarra, en plaza de Médico segundo, y D. Enrique González Rico y de la Grana, al hospital de Alhucemas.
- Médico segundo* D. Eduardo Zuazua y Gastelu, al segundo batallón del Príncipe.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 189) autorizando la permuta de los Médicos segundos D. Juan Romo de Oca y Galindo y don Manuel Romero y García, quedando destinados respectivamente al segundo batallón de Burgos y al tercer batallón de Ceuta.

---

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



## NECROLOGÍA

**D. José Elias y Herreros,**

*Subinspector médico de primera clase.*

En 9 de Abril de 1872, y previa oposición, ingresó en el Cuerpo. Poco después fué destinado al Ejército de Puerto Rico, de Médico primero, donde prestó servicios en el hospital militar, en el batallón Infantería de Valladolid, en el batallón fijo de Artillería y nuevamente en el hospital militar hasta 1882 en que fué baja en el Ejército de Ultramar por haber cumplido los nueve años de máxima residencia en aquel país. Vuelto á la Península pasó después de supernumerario á Puerto Rico hasta el año de 1887 que tornó á la Península, fijando su residencia en situación de reemplazo en Madrid. Por Real orden de 18 de Febrero de 1888 fué promovido al empleo de Médico mayor y destinado al hospital militar de Sevilla, hasta fin de Enero del año siguiente en que fué destinado al Ejército de Cuba, donde permaneció hasta mediados de 1891 en que pasó á situación de supernumerario sin sueldo á Puerto Rico. En 1895 fué destinado á Cuba, y en 1896 ascendió á Subinspector de segunda y pasó otra vez á Puerto Rico, donde prestó servicios en el hospital militar, y allí estuvo durante la guerra con los Estados Unidos. Vuelto á la Península desempeñó cargos en la Comisión liquidadora, en el hospital militar de Madrid, donde ascendió á Subinspector de primera, y después de Director del hospital de Burgos, de la Academia Médico-Militar, y por último del Instituto de Higiene, donde perteneció hasta el 12 de Agosto último en que de una manera inesperada falleció en Santurce, donde se encontraba con permiso.

Estaba en posesión de la cruz roja de 2.<sup>a</sup> clase por los servicios prestados durante el bombardeo de la plaza de San Juan de Puerto Rico. En 1882 fué nombrado por la Excm. Diputación provincial de Puerto Rico Director del Instituto de vacunación de dicha Isla, cuyo cargo desempeñó con honra y provecho durante muchos años, y era Socio correspondiente de la Jenneriana Matritense.

Los que le hemos conocido de cerca y servido á sus órdenes podemos dar testimonio de su bondad y rectitud. Era, ante todo, un espíritu bondadoso, conciliador, muy celoso del cumplimiento de su deber. Su muerte

nos causó una sorpresa dolorosa, porque aunque es cierto que no andaba bien de salud, nadie calculaba un tan pronto y faltal desenlace. ¡Descanse en paz nuestro excelente Jefe y bondadoso amigo!

\* \* \*

**D. Antonio Cordero Ferrer,**

*Subinspector médico de segunda clase.*

Nació en Almería en 20 de Febrero de 1848; se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en Junio del 69, y en Junio del 70 obtuvo el grado de Doctor. En Febrero del 73 ingresó en el Cuerpo; en Septiembre del 73, encontrándose en operaciones contra los carlistas, recibió una herida de bala en el labio superior con sección de la mandíbula, obteniendo el grado de Médico primero por tal herida. En Enero del 75 ascendió á Médico primero por antigüedad, y en Mayo del 76 alcanzó el grado de Médico mayor por méritos de guerra. En 1891 ascendió á Médico mayor por antigüedad, y en Octubre de 1902 ascendió á Subinspector médico, por antigüedad también.

Desde Diciembre de 1903 desempeñó el destino de encargado de liquidar la habilitación de la Plana Mayor de Sanidad Militar de la isla de Cuba. En Junio de 1905 se le destinó al hospital militar de Madrid, en cuyo cargo ha fallecido el día 6 de Agosto último.

Estaba en posesión de las condecoraciones siguientes: Cruz roja y blanca de 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> clase del Mérito Militar, medallas de Alfonso XII y de la guerra civil, y la cruz de Gran Oficial de la Orden Cambodge y Benemérito de la Patria. Era un excelente compañero y un buen amigo. Reciba su familia nuestro más sentido pésame.