

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año IX.

Madrid, 15 de Septiembre de 1919.

Núm. 18.

SUMARIO

Morbosidad y mortalidad del Cuerpo Expedicionario portugués en la guerra europea, por **Antonio Barradas**.—*Heridas cráneo-encefálicas de guerra*, por **Abilio Conejero Ruiz**.—*Influencia de la Cirugía de guerra en la Cirugía general* (conclusión), por **Reinaldo dos Santos**.—*Estudios psiquiátricos: «Los semilocos» desde el punto de vista médico-social*, por **J. Camino Galicia**.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Las heridas de los vasos y el equilibrio circulatorio. — Los microbios de asociación en la gripe. — *Prensa militar-profesional*: Conclusiones sobre las heridas de la mano por proyectiles de guerra. — *Sección oficial*.

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

Morbosidad y mortalidad del Cuerpo Expedicionario portugués en la guerra europea ⁽¹⁾

Aunque han pasado por Francia para ir a pelear en ella 75.000 portugueses, los efectivos nunca pasaron de 50.000 hombres. Hoy están reducidos a 25.000, y cada semana se repatrian algunos centenares.

De los 75.000 que fueron a Francia, 2.000 no volverán a su patria, porque 1.800 murieron, y 200 desaparecieron. De los 1.800 muertos, 1.460, o sean cuatro quintas partes, lo fueron por las armas enemigas, y los 340 restantes por enfermedades. Antes, las enfermedades mataban muchos más hombres que las armas enemigas. En la guerra franco-prusiana ocurrió, por primera vez, lo contrario en el Ejército alemán, y lo mismo sucedió en el japonés, en su guerra con Rusia, gracias a la excelente organización sanitaria del mismo.

Esto se ve con más elocuencia en la estadística del *Cuerpo Ex-*

(1) Comunicación del Teniente Médico miliciano Dr. Antonio Barradas, encargado de la Estadística médica del Cuerpo Expedicionario portugués, cuyas primicias expuso a nuestro Congreso. (Apuntes tomados por el Dr. Pedro Ferreras.)

pediccionario portugués, en el cual, como hemos visto, la proporción es de un quinto por ciento, contrastando notablemente con las cifras de muertos de los ejércitos portugueses en sus guerras de Africa (Angora y Mozambique), que fueron de 6.000 por enfermedades y 1.000 por las armas enemigas.

En la guerra europea los medios de destrucción han sido muchos. Además del fusil, han intervenido en gran escala los morteros, torpedos de aeroplano, ametralladoras, granadas de artillería, ídem de mano, gases tóxicos, etc. El número de heridos del Ejército portugués fué de 6.460, de los cuales curaron 5.000 y murieron, como ya sabemos, 1.460. Las localizaciones de las heridas fueron en todas las partes del cuerpo. Antes del uso del casco, fueron frecuentemente las de la cabeza.

El tratamiento de los heridos exigió gran atención. Hubo que resolver muchos problemas para combatir la gangrena gaseosa, el llamado *shock*, etc.; fué preciso perfeccionar la asepsia y llevarla, por medio del método de Carrel, al interior de cavidades a las que no había podido llegar antes. A ello dedicó lo mejor de su inteligencia y de su corazón Reynaldo Dos Santos, Consultor de Cirugía del C. E. P. El Ejército portugués tuvo en el frente cirujanos distinguidos, como Alberto Mac-Bride, Manuel Macedo, Cordes Cavado y muchos más. R. Dos Santos estudió además la gangrena gaseosa, y Manuel Pinto consagróse al estudio de los mutilados. Actualmente se consagra también a ellos José Pontes. En las intervenciones operatorias, usóse bastante la anestesia con cloruro de etilo (keleno), éter y novocaína.

Los *heridos por gases* han constituido una de las novedades de la última guerra. Los efectos producidos por los gases, naturalmente, dependen de la composición química de los últimos. Los hay, como el *fosgeno*, tan peligrosos, que aunque se hayan respirado en poca cantidad, matan rápidamente por edema pulmonar, después de una ligera fatiga del intoxicado. Y los hay, como la *iorita* o *gas mostaza*, que producen efectos muy aparatosos, pero de gravedad mucho menor; no llegan a los bronquios finos, y sólo descaman el epitelio de los altos.

Los ingleses estudiaron los gases en su laboratorio de Posen (Inglaterra) y en hospitales de compañía. Los franceses hicieron lo propio, con cierto sigilo, en sus laboratorios de la Sorbona. Los italianos también han hecho acerca de los gases trabajos valiosos,

a los que asistió el Dr. Silvio Rebelo, Profesor de Terapéutica en la Facultad de Medicina de Lisboa. Pero hacía falta estudiar los gases clínicamente y, con este fin, se mandó a David Morais Sarmiento a los hospitales de campaña ingleses y franceses. La Memoria de Morais Sarmiento se publicará en breve.

Los gases nos han matado algunas decenas de hombres, pero nos han incapacitado algunas centenas de ellos, pues los que han sufrido ataques por gases, quedan resentidos, debilitados, menos válidos, menos capaces.

El total formado por los incapaces y los inútiles del C. E. P. asciende a 7.000, de los cuales lo fueron por tuberculosis 45 por 1.000. De los 340 muertos ya citados, 140, es decir, *41 por 100, casi la mitad, lo fueron por tuberculosis.*

La proporción es, como se ve, aterradora.

Las causas de tanto estrago fueron la fatiga física y moral, el clima poco favorable de las localidades donde los portugueses acamparon y, sobre todo, la *insuficiente selección de los hombres enviados al frente*. Sabido es (y los franceses fueron los primeros en advertirlo y en corregirlo) que las Comisiones mixtas de Reclutamiento y los Tribunales médico-militares tardan demasiado y son poco rigurosos para rechazar los candidatos a la tuberculosis.

La guerra se ha definido como una epidemia de traumatismos complicada con otra de enfermedades. Acabamos de ver que, después de los traumatismos, el principal causante de las defunciones del C. E. P. fué el bacilo de Koch, Otras causas importantes de muerte fueron la influenza, la meningitis epidémica, la bronconeumonía, la pulmonía y el suicidio.

He aquí un resumen de las defunciones ocurridas desde Enero de 1917 a Diciembre de 1918: tifoidea, 5; septicemias, 2; influenza, 32; meningitis cerebroespinal, 21; tuberculosis meníngea, 3; ídem pulmonar y pleural, 134; ídem mesentérica, 5; ídem generalizada, 1; tétanos, 1; carbunco, 1; síflis terciaria, 1; leucenia, 1; meningitis no específica, 6; congestión cerebral, 3; epilepsia, 1; otras enfermedades del sistema nervioso, 1; broncopneumonía, 23; pleuresía, 7; congestión pulmonar, 3; pulmonía, 12; enfisema pulmonar, 1; edema pulmonar, 3; otras enfermedades del aparato respiratorio, 2; angina aguda, 1; gastritis aguda, 1; apendicitis, 3; peritonitis, 5; ictericia, 3; otras del grupo, 2; endocarditis, 1; asistolia, 1; otras del grupo, 8; nefritis, 4; enfermedad de Adisson, 2;

otras del grupo, 1; nefritis tumores malignos, 2; heridas por arma de fuego 8; accidentes producidos por explosión, 1; ídem por la electricidad, 1; submersiones, 4; otras muertes debidas a violencias y accidentes 25 (entre éstas figuran 10 suicidios y un fallecimiento por gases).

Gracias a las vacunaciones antivariólica y antitífica, la viruela no existió, y el tifus hizo sucumbir sólo a 5. La gripe *mal llamada española*, porque ya en Marzo hubo un caso en un indio desembarcado en Brest, empezó, en el Ejército portugués, en Marzo. A fines de este mes hubo unos 200 casos. A principios de Abril había unos 160. Esta cifra subió de un modo regular durante los meses de Abril, Mayo y Junio. Al empezar éste, llegó al máximo, atacando a unos 530 hombres; pero, en seguida, disminuyó y, al final de dicho mes había llegado al límite mínimo, para desaparecer en seguida. En Septiembre, Octubre y Noviembre reapareció, aumentando siempre y, en Diciembre, volvió bruscamente al *mínimum*. La mortalidad ocurrió, sobre todo, en los meses de Octubre y Noviembre. Observé un caso de púrpura gripal. Los gérmenes encontrados fueron el bacilo de Pfeiffer, pneumococos y estreptococos.

De las enfermedades nerviosas, he de mencionar principalmente la aparición de temblores histeriformes, como los de la parálisis agitante y casos de histerismo, epilepsia y confusión mental después de las grandes conmociones causadas por explosiones de granadas. En las trincheras observóse algo parecido a eso que se ha llamado *cafard*, es decir, cierta pereza o displicencia, lindante con la desobediencia o la incapacidad, y otras veces, cierta impulsividad rayana con la insubordinación. La neurología de la guerra la cultiva, en Portugal, Egas Moris.

Esta guerra ha acrecentado el prestigio del médico, del cirujano y del profiláctico. De ellas salen mal librados los políticos, que no la evitaron, y los economistas que pronosticaron su fin inmediato. Los médicos, en cambio, salen exaltados, moral y científicamente. Mucho hacen cuando preservan y curan individuos, pero su labor tiene un alcance infinitamente mayor cuando tratan y protegen grandes colectividades, como los ejércitos en tiempo de guerra y los pueblos en tiempo de paz.

Los médicos portugueses también han pagado a la guerra su tributo. De los 3.000 que hay en Portugal, fueron a Francia 300.

El hambre, la peste y la guerra fueron los tres grandes azotes

de la Humanidad. La peste y el hambre fueron vencidas por los progresos de la agricultura, de las comunicaciones y la higiene. Las guerras también lo serán.

Algunas enfermedades, como la tuberculosis y las venéreas, han aumentado con motivo de la guerra. A propósito de la primera, es preciso recordar al Estado que tiene serios deberes, y no debe volver. ni devolver malo, lo que recibió bueno. Respecto a las enfermedades venéreas, el Ejército americano ha comprendido su profilaxia como ningún otro.

Los problemas de la higiene de las tropas en campaña los ha estudiado en Portugal el gran higienista Ricardo Jorge, que cada año asiste a la Conferencia Sanitaria Internacional de París, y los relativos a la tuberculosis los estudia el ilustre y joven fisiólogo Simoes Ferreira.

ANTONIO BARRADAS,

Teniente Médico miliciano del Cuerpo Expedicionario portugués.



HERIDAS CRÁNEO-ENCEFÁLICAS DE GUERRA

I

La experiencia que los cirujanos militares adquirieron en las guerras rusojaponesa y balcánica y en la irregular de Marruecos, hicieron creer en una benignidad relativas de las heridas de guerra en general; en la contienda europea, el papel preponderante de la artillería, sobre todo en las trincheras, ha multiplicado las complicaciones sépticas de las heridas por presentar éstas extensas zonas de estupor traumático, ser sumamente anfractuosas y presentar a menudo trozos de ropas, al mismo tiempo que fragmentos de proyectil y esquirlas. Las investigaciones bacteriológicas en los laboratorios de campaña con el método del picocultivo, el empleo de la irrigación de heridas con el líquido de Dakin y el uso de la maravillosa pantalla fluorescente, simultaneada con la técnica delicada y prudente de la extracción de cuerpos extraños

de toda clase, han producido beneficios indudables, beneficios que aún han sido mayores si se piensa en la rapidez de las intervenciones pocas horas después del traumatismo que se llevaron a cabo con la creación de las ambulancias quirúrgicas automóviles; lujosas unidades sanitarias que, como es sabido, permitían hacer sin improvisaciones, y dentro de la más rigurosa asepsia, las operaciones cavitarias modernas, llevando la perfección al extremo de organizar hospitales del interior para la cirugía reparadora, funcional y ortopédica.

Las heridas cráneo-encefálicas de guerra han sido objeto, como todas, de detenido estudio; se han practicado numerosísimas autopsias, verificado cortes en cerebros, observado muchísimos cráneos en heridos, y en el momento actual son ya muchas las publicaciones que tratan de este asunto; al final del trabajo damos la bibliografía.

Estudiando estas monografías, tesis y tratados de cirugía de guerra, como las historias clínicas, se llega a penetrarse bien y comprender claramente los tipos de lesiones de menor a mayor importancia, los cuadros sintomáticos, las indicaciones terapéuticas, los métodos de tratamiento y los resultados curativos inmediatos y lejanos obtenidos.

Para juzgar la frecuencia relativa de los principales agentes vulnerantes empleados en la guerra europea, damos las cifras de Chaliér y Glénard (1) de un conjunto de 1.500 heridos evacuados en una ambulancia de los Vosgos:

Balas de fusil y ametralladora.....	694
Cascos de granada.....	539
Granadas y bombas de mano.....	118
Shrapnel.....	73
Torpedos.....	18
Cohetes.....	3
Bombas de aviones.....	2
Bala de revólver.....	1
Trozos de piedra y madera.....	11
Contusiones y heridas diversas.....	10

Es curioso comparar esta estadística con la que Laurent (2) daba de la guerra de los Balcanes: mientras que en ésta las heridas por

(1) Chaliér et Glénard. «Les grandes blessures de guerre.» *Revue de Chirurgie*, Février 1916.

(2) Laurent, «Once mois de chirurgie de guerre en Bulgarie. Effets généraux des projectiles.» *Presse Médicale*, 6 Décembre 1913.

bala fueron próximamente cuatro veces más numerosas que las producidas por shrapnel o por cascos de granada, en la guerra europea, al principio, las cifras representativas son sensiblemente iguales. Nada demuestra mejor la potencia y la abundancia de las piezas de artillería empleadas en la guerra actual. Actualmente, según Bonille y Delorme, el 85 por 100 de las heridas serían por proyectiles de artillería.

El uso del casco Adrián del Ejército francés, que pesa 950 gramos, ha tenido eficacia protectora para los proyectiles animados de escasa fuerza, y desviando el proyectil, se producían muchas heridas tangenciales, poco profundas. La inmensa mayoría de las heridas craneales asientan en la bóveda, ya sean por bala de fusil o por casco de granada; constantemente, la lámina interna o vítrea del hueso presenta lesiones extensas, siendo sorprendente observar un pequeño orificio de entrada en tegumentos y hueso, y, al hacer una craniectomía, encontrarse con desprendimientos de esquirlas de la lámina interna, numerosas, unas adheridas y otras penetrantes, alojadas en la substancia cerebral, y constituyendo verdaderos proyectiles secundarios. Son muy frecuentes las irradiaciones fisurarias de la base, siguiendo, naturalmente, las porciones comprendidas entre los arbotantes de Felizet, y aun el avance, sin discontinuidad de la fisura, de un departamento de la base a otro, pasando por el punto débil de los refuerzos, como ocurre de la fosa cerebral posterior a la media, fracturando el peñasco perpendicularmente a su eje en el punto que influyen las cavidades del oído medio e interno; también puede fracturarse el peñasco cuando el orificio de penetración está situado en la región parieto-temporal; esta fractura es paralela a su eje. Las fisuras suelen ser múltiples, estrelladas, a partir del orificio de penetración. Las astillas de hueso y anchos surcos, con pérdida de sustancias ósea, son debidas a heridas tangenciales, y producen lesiones intracraneales más extensas; como hace notar Latarjet, el proyectil puede en estos casos obrar tangencialmente en la bóveda, haciendo volar materialmente una astilla ósea más o menos grande, o bien presentar los dos orificios muy próximos y reunidos, por la pérdida de substancia; en este caso, la herida tiene el aspecto de un canal.

En la mayoría de los casos, el cuerpo vulnerante ocasiona una fractura franca, acompañándose la lesión ósea casi constantemente de destrozos meningo-encefálicos más o menos graves.

Como consecuencia de heridas producidas por un gran casco de granada, se pueden observar extensos hundimientos de la bóveda, con pérdida de sustancias y penetración considerable de fragmentos. Lesiones semejantes pueden ser producidas por balas de fusil a muy corta distancia por sus efectos explosivos.

Larrey mencionó la desunión de las suturas; la teoría de la presión hidráulica la explica en parte, y también, y esto es más importante, el efecto del haz de esquirlas proyectado desde el orificio de entrada; esta proyección es variable, no solamente según la velocidad del proyectil y su dirección, sino también según el hueso fracturado. Según Latarjet, las heridas de la porción escamosa del temporal, las del parietal y occipital producirían esquirlas más puntiagudas, más delgadas y más penetrantes.

Cuando la velocidad del cuerpo vulnerante es débil, puede quedar detenido o alojado en el cerebro, próximo a la superficie, rodeado de esquirlas, cabellos, trozos de tela y coágulos; puede atravesar todo el encéfalo y detenerse en el hueso en un punto diametralmente opuesto al orificio de entrada; puede, finalmente, chocar con la pared ósea opuesta y por rebote, fraguarse un nuevo trayecto en la substancia cerebral, quedando detenido en el espesor de la misma y a mayor o menor profundidad; en este caso, fácilmente se comprende que los trayectos tendrán una disposición angular. Delbet y Dragon lo han demostrado para las balas de revólver.

En un 10 por 100 de los casos, según Laurent, la bala perfora el cráneo de parte a parte; estas heridas bipolares pueden observarse en sentido antero-posterior, transversal y oblicuo; en los dos primeros casos, los dos orificios aparecen reunidos por una importante fisura, observándose, además, la desunión de las suturas.

Por lo que concierne a las repercusiones de la base, son tanto más frecuentes cuanto que los orificios estén más próximos unos de otros. En realidad, todas las variedades de fractura de la base conocidas pueden tener lugar.

Las fracturas directas de la base o propagadas de la base a la bóveda, siguiendo un trayecto ascendente, son en realidad mucho más raras que las clásicas irradiaciones descendentes; suceden a heridas penetrantes dirigidas de abajo hacia arriba, y que tienen asiento en la región mentoniana, en la bóveda palatina o en las regiones ptérigo maxilar, orbitaria y zigomática. A pesar de la

resistencia de los arbotantes de la base, sufre ésta estallidos tan considerables, en estos raros casos, de tal gravedad, que no es necesario insistir están por encima de los recursos de la ciencia quirúrgica.

Las lesiones de las membranas envolventes del cerebro varían mucho; las meninges pueden ser simplemente puncionadas, por decirlo así, o irritadas por esquirlas puntiagudas; pueden ser dislaceradas o francamente abiertas. Las lesiones de los senos de la duramadre son frecuentes; se acompañan, naturalmente, de grandes derrames sanguíneos, como asimismo las heridas de la arteria meníngea media y sus ramas.

Las lesiones del cerebro son más variables todavía; ya pasó a la Historia la doctrina de la alteración funcional sin lesiones materiales de la conmoción del cerebro; la técnica histológica más perfeccionada hoy ha demostrado que en la conmoción, como en la contusión cerebrales, hay lesiones microscópicas consistentes en apoplejías capilares, hemorragias intersticiales y alteraciones microscópicas de las neuronas, sin ser extraño a la sintomatología difusa de la conmoción la proyección del encéfalo contra las paredes craneales, determinada por el golpe, ni el choque del líquido céfalorraquídeo en las paredes de sus cavidades y en los centros bulbares cardíaco y respiratorio, ni la anemia súbita de los centros por vía refleja, lo que explica la muerte instantánea en unos casos, y la conmoción incompleta y pasajera en otros.

La compresión cerebral es determinada por esquirlas hundidas (espinas irritantes para la corteza) y por el hematoma al desgarrarse la meníngea o alguno de los senos; este hematoma puede ser extradural o subdural; el primero radica en la zona despegable de Marchant, es el más frecuente de la región temporal; esta zona despegable, bien estudiada por Krönlein en Alemania, se extiende, como es sabido, por toda la región temporal y aun traspasa sus límites; acumulada la sangre en esta región, da lugar a los síntomas tan claros de la compresión que guían al cirujano en la trepanación para la ligadura de la meníngea; el coágulo se presenta bajo la forma de una torta de color oscuro, y próximamente de las dimensiones de la palma de la mano. El hematoma subdural se presenta cuando ha sido rota la duramadre por la esquirla o la fisura; también puede presentarse con integridad de la duramadre y ser debida entonces al desgarro, por la fuerte contusión de la

membrana vascular y de las redes venosas que unen esta membrana con los senos.

La bala de fusil puede determinar en el cerebro una simple puntura, pero este hecho es raro; puede decirse que la lesión cerebral es constantemente más grave y más extensa que la lesión ósea; puede también estallar el cerebro y salir su substancia convertida en papilla por la misma brecha ósteocútánea.

Los ventrículos pueden ser heridos y ser asiento de inundaciones sanguíneas. Las hernias encefálicas inmediatas, la meningoencefalitis, las leptomeningitis con exudados purulentos, los abscesos, adherencias y accidentes lejanos, serán estudiados con la sintomatología de estas complicaciones.

Lo que llama la atención sobre todo, en este estudio anatómopatológico, es el carácter destructor de los proyectiles de artillería. Un pequeño fragmento de granada puede crearse un largo trayecto, triturar o pulverizar, y recortar los tejidos que encuentra, no dejando como huellas de su paso superficial sino un pequeño orificio insignificante; se comprende que el cerebro, oponiendo escásima resistencia por la blandura y suavidad de su tejido, se deje fácilmente penetrar y desorganizar; resiste, sin embargo, a menudo, este brutal agravio material. En el año 1878, el eminente anatómico y cirujano *Tillaux* escribía: «Las heridas del cerebro, tanto las producidas por un instrumento punzante o cortante como contundente, están lejos de ser hechos raros. Aunque muy graves, no por esto debemos creer que sean constantemente mortales, pues la ciencia registra un número más que regular de observaciones, especialmente en los anales de la cirugía militar, referentes a heridos cuya curación ha sido completa después de haber sufrido una extensa herida con pérdida de substancia cerebral: tales son los diez heridos de la batalla de Landrecies, de que hablan los autores del Compendium de Cirugía.»

Después añade: «El cerebro es un órgano de tolerancia suma para las lesiones traumáticas y los cuerpos extraños, mientras no se desarrolle la encéfalo meningitis.»

Vamos a resumir metódicamente la anatomía patológica, insistiendo en los detalles imprescindibles para la extracción de los cuerpos extraños intracerebrales de toda clase. Digamos, ante todo, que el estudio de la topografía de las lesiones permite decir que el proyectil se crea un verdadero túnel en la substancia cerebral y

que prepara, por decirlo así, la vía de acceso para su extracción.

El estudio del trayecto comprende el orificio de entrada, las paredes y el contenido.

a) *Orificio de entrada.*—La herida del cuero cabelludo se ofrece al examen bajo dos aspectos: o es pequeña, insignificante, puntiforme, o bien presenta colgajos más o menos extensos, irregulares, desprendidos y sucios, por detritus varios aglutinados con coágulos. El orificio óseo es asimismo ya pequeño y circular o muy anfractuoso, o bien existen hundimientos de la bóveda. El orificio de la duramadre se presenta siempre muy irregular con bordes recortados a pico, magullados, traspasando casi siempre los límites de la brecha ósea.

b) *Paredes del trayecto.*—El proyectil hiere el cerebro y se fragua un túnel que tiene forma cónica; la base corresponde al orificio óseo y el vértice al proyectil. El calibre de este trayecto es siempre mayor que el diámetro del proyectil; es manifiestamente mayor al nivel del orificio de penetración, donde puede alcanzar unas dimensiones tres o cuatro veces superiores a las del proyectil; el trayecto puede ser de dirección y longitud variables, según la incidencia de penetración y la velocidad del proyectil, largo o corto; presenta su eje rectilíneo o muy próximo a la recta, y sus paredes son ligeramente onduladas, debido a que el proyectil en su carrera sufre una ligera rotación. La superficie interior del trayecto es muy irregular; está como recortada o picoteada e infiltrada de coágulos; a su alrededor existe una zona de atrición, muy extensa algunas veces, presentando un punteado hemorrágico, cuyo color obscuro destaca con claridad de la substancia cerebral normal. El proyectil ha podido interesar la hoz del cerebro o la tienda del cerebelo; estas membranas fibrosas, oponiendo a su paso una resistencia real, pueden llegar a detener el proyectil; pero si la velocidad es suficiente para atravesar esta barrera, perfora la membrana haciendo un pequeño orificio, una estrechez graduada del trayecto que constituye un serio obstáculo para las maniobras de extracción.

El estudio que del trayecto acabamos de hacer, prueba claramente que la vía de acceso al proyectil está preparada por el proyectil mismo, y es muy suficiente para introducir la pinza delgada y acodada que se emplea, como veremos al hablar del tratamiento; anticiparemos que esta intervención, verificada con prudencia y

con el auxilio de la radioscopia, no puede aumentar las lesiones; la pinza en su introducción no toca, no debe tocar las paredes del túnel, sigue su eje rectilíneo. Debemos añadir que este trayecto tiende rápidamente a estrecharse, a borrarse o desaparecer, como se ha demostrado examinando piezas anatómicas; por esto, en las extracciones tardías puede estar el trayecto tan estrechado o casi desaparecido, que bien puede no encontrarse la vía de acceso o perderse la pinza en falsas vías, anmentando las lesiones; de aquí la importancia de la precocidad de la intervención.

c) *Contenido.*—En los casos de muerte inmediata por la inmensa gravedad de los destrozos, se encuentra la cavidad del trayecto llena casi siempre de coágulos y materia cerebral desorganizada, fuente, de esquirlas arrancadas a la tabla interna, que han sido arrastradas en el trayecto a menor o mayor profundidad; las mayores, en general, están situadas más superficialmente. Disociando los coágulos, se encuentran frecuentemente trozos de tela, pequeños fragmentos de casco o de la prenda de cabeza, cabellos; el proyectil, por último, tiene adheridos restos de tela y cabellos o colocados delante de él. Fácilmente se comprenderá la importancia de la limpieza minuciosa del trayecto lleno de detritus sépticos, a fin de evitar lo que arrébatla la vida en la generalidad de los casos: la meningo-encefalitis.

ABILIO CONEJERO RUIZ,
Capitán Médico.

Influencia de la Cirugía de guerra en la Cirugía general

(Conclusión.)

La esterilización progresiva del tejido óseo infectado y la tolerancia y la posible utilización del hueso muerto esterilizado, dieron una nueva orientación al tratamiento quirúrgico de la osteomielitis que antes exigía esperar largo tiempo para que se formara el secuestro y el rellenamiento de las cavidades que dejaba éste

y ofrecía dificultades técnicas. Los injertos y autoplastias han disminuído mucho tales dificultades.

El problema de la regeneración ósea originó nuevas investigaciones experimentales y clínicas, a las cuales Leriche y Heitz-Boyer agregaron interpretaciones que tuvieron consecuencias prácticas, tanto en la técnica de la esquirlectomía y de las resecciones como en la de los injertos óseos. La capa osteogénica de Ollier perdió, por lo menos, su antigua significación.

Articulaciones.—El primer período del tratamiento de las heridas articulares fué desastroso. Singularmente la infección de la rodilla llegó a ser el problema más grave de la cirugía de guerra. El método de Carrel, que tan grande transformación originó en los resultados del tratamiento de las heridas de las partes blandas y de las fracturas, apenas determinó una pequeña mejoría en las heridas articulares. Yo fui de los primeros, o acaso el primero, en hacerlo notar al propio Carrel.

Si el *método* era bueno (y el método consistía, en esencia, en irrigaciones repetidas de todos los puntos de las heridas con la solución de Dakin), la técnica de los tubos era inaplicable a las cavidades serosas, especialmente a las articulares y a la pleura.

Las complejidades e irregularidades de las serosas articulares, las adherencias que rápidamente se forman alrededor de los tubos limitando el acceso de la solución de Dakin y fraguando divertículos a los que no llega la solución, hacen fracasar el *método* cuando es aplicado con dicha técnica.

Por esto, desde hace cerca de dos años, yo suprimí los tubos—más nocivos que útiles—y usé el *método* de Carrel con una técnica que lo realizaba mejor, y consistía en irrigar una articulación por medio de un tubo que apenas afloraba la entrada de la misma y permitía *distender* la sinovial con la solución de Dakin obrando sobre toda la superficie interna, lo que se completa después con la movilización activa, que Willems preconizó y que fui de los primeros en utilizar. Así se obtenía en pocos días una esterilización progresiva como en las otras heridas.

El empleo de la *sutura primitiva articular* es el mayor triunfo de este método, tanto más justificado aquí, por cuanto la noción de la *defensa de las serosas* dejó de inspirar la poca confianza que antes merecía.

La evolución del tratamiento de las heridas articulares es una

de las historias más interesantes de la cirugía de guerra, y sus lecciones fueron de las más fecundas. Sus aplicaciones al tratamiento de la *artritis* fueron inmediatas. Una larga incisión con movilización activa (Willems), o una pequeña abertura seguida de irrigación *combinada siempre con la movilización*, como practiqué yo, son la base de su tratamiento. El antiguo desagüe debe ser abolido. Hay artritis que curan así por la punción, aun infectadas con estreptococos, como tuve ocasión de observar; pero, en general, debemos guiarnos por las reglas fundamentales expuestas.

Las articulaciones no deben ser consideradas como un bloque homogéneo, sino como un agregado de tejidos de resistencias y defensas diferentes. Así, un método suficiente para una sinovial, puede no serlo para los ligamentos, cartílagos, etc.

Teniendo presentes estos principios, el tratamiento de las infecciones articulares podrá ser conducido lógicamente.

Tórax.—Como veremos, algunas de las consideraciones hechas a propósito de las articulaciones son aplicables a la pleura. Pero en la cirugía del tórax y, sobre todo, en la pleuropulmonar, hay dos grandes complicaciones inmediatas, que son la *hemorragia* y el *neumotórax abierto* (el neumotórax cerrado es, *en general*, mucho menos grave), cuyas indicaciones son una amplia toracotomía exploratriz para la *hemostasia directa* y el cierre de la pleura para los neumotórax abiertos graves.

La *infección*, en general, es de poca gravedad en el pulmón, de gravedad *inmediata* mayor en la pleura y de considerable gravedad *lejana* en las costillas.

La fractura de las costillas y, sobre todo, su infección, influye de modo considerable, no sólo en la infección torácica, sino también en los resultados lejanos de las heridas del tórax. Sus esquirlas pueden ser proyectadas al pulmón y actuar como cuerpos extraños y sépticos. Una osteitis costal puede mantener fístulas, re-infectar los trayectos e imposibilitar la esterilización de la cavidad serosa.

Entre dos heridas torácicas, con o sin fractura de las costillas, existe una diferencia comparable a la que hay entre la herida simple de una articulación y una fractura articular.

En fin, en las infecciones de los hemotórax, el método de Carrel, aun con la técnica de Tuffier, no da, según mi experiencia

(que data de abril de 1917), los resultados constantes que da en las heridas de las partes blandas.

Las razones son idénticas a las anunciadas a propósito de las articulaciones. Yo modifiqué su técnica, no sólo en el tratamiento de las heridas del tórax, sino también en el de los empiemas.

La aplicación a las afecciones pleurales y empiemas médicos de la experiencia de la cirugía torácica de guerra, teniendo sobre todo en cuenta la gravedad de la *osteitis costal*, requiere una *exploración amplia* de la cavidad pleural, mediante una incisión intercostal, un *drenaje* declive y la *esterilización* progresiva, no por los tubos de Carrel, sino por la repleción o distensión y vaciamiento intermitentes de la pleura. Esta técnica me dió resultados tan constantes, que me permiten afirmar que, en menos de dos semanas, una cavidad pleural y hasta un empiema de cinco a siete meses, y con fístulas abiertas hacia la pared o hacia los bronquios, puede estar completamente estéril y cerrarse, confiándose la reabsorción al neumotórax que se produce.

De esta manera, la infección cura sin tener que movilizar las paredes *ni hacer la menor reacción costal*; se cierra el neumotórax y se confía la expansión pulmonar a esta especie de *extensión continua* que la reabsorción del neumotórax ejerce sobre el pulmón en colapso.

Larga incisión intercostal anterior y alta para la exploración de la cavidad pleural (incisión que se sutura al final de la intervención), evacuación de las falsas membranas, destrucción de tabiques y adherencias, desbridamiento de los divertículos para transformarlo todo en una cavidad lo más regular posible y, por último, escoger el punto declive para el desagüe en actitud sentada, son las reglas fundamentales que yo establecí para la preparación quirúrgica de la esterilización de los empiemas.

Esta esterilización, que obtuve con el líquido de Dakin en irrigaciones *totales* e intermitentes, de la cavidad así preparada, permite, al cabo de trece a quince días, por la simple supresión del desagüe, el cierre espontáneo de la pleura y la cura definitiva del empiema.

Tal es una de las aplicaciones que la experiencia de la cirugía de guerra me permite hacer a la cirugía de las infecciones pleurales agudas y, sobre todo, crónicas; las más difíciles y rebeldes, en las cuales los tratamientos clásicos de amplias y repetidas resec-

ciones costales (Estlander, Schede), dan resultados inconstantes (desde el punto de vista de la infección) y originan (y persiguen), por la depresión de la pared, una *anquilosis pulmonar* definitiva.

La *cirugía abdominal* y la del *aparato genito-urinario*, no experimentaron progreso alguno extraordinario y especial. La sutura primitiva aplicada por Willems a las fracturas del cráneo, y las modificaciones, tan interesantes, de H. Cushing a la técnica operatoria de las mismas fracturas (incisión irradiada, ablación en bloque del foco esquirroso, circunscribiéndolo, en vez de atacarlo, del centro a la periferia), la aspiración delicada del foco cerebral, etc., son mil detalles que no tienen influencia ni aplicación a la cirugía general de estas regiones.

Finalmente, la técnica de las amputaciones modificó la forma de los muñones, en previsión de las exigencias de la prótesis moderna, y las amputaciones cinemáticas, la reeducación de los mutilados, etc., todo ello tendrá su repercusión inmediata y fecunda en la cirugía de paz.

Tales son las principales ideas directrices que hoy guían y conducen a la Cirugía, y la hacen cada vez más biológica y menos mecánica. Estamos muy lejos del tiempo en que los cirujanos eran, sobre todo, hombres hábiles que, con temperamento y elegancia, hacían del arte quirúrgico un arte de prestidigitación.

Hoy, el arte no estriba en extirpar un tumor o un miembro con más o menos brillo, sino en inferir de la patología general de los tejidos y de la fisiología patológica de los órganos los principios que deben guiarnos en el arte difícil de curar.

Bueno es operar aprisa, pero curar aprisa es mejor.

Lo que más contribuyó a los progresos realizados por la cirugía de guerra fué, sobre todo, la *intima y constante colaboración del cirujano con el patólogo*. El reconocimiento de la importancia de este hecho, que repercutió en la constitución de la *Conferencia Quirúrgica Interaliada*, no podrá dejar de influir en la orientación futura de las investigaciones, de la enseñanza y de la organización hospitalaria.

La fecunda experiencia que ha originado esta orientación, marca definitivamente una etapa biológica en la evolución del pensamiento quirúrgico.

REYNALDO DOS SANTOS,
Consultor de Cirugía del Cuerpo Expedicionario
portugués, en Francia.

ESTUDIOS PSIQUIÁTRICOS

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

SUMARIO: Los semilocos desde el punto de vista médico-social.—¿Quiénes son estos sujetos?—Génesis de su existencia.—Sus manifestaciones psicomorbosas (semilocos por debilidad y por anulación del sentido moral).—Problemas a que su actuación puede dar lugar ante la sociedad y ante la Medicina.—Medios profilácticos y curativos médico-sociales y judiciales para combatir el germen psicopático, encarnado en estos sujetos.—Conclusiones.

I

Tres son los gérmenes morbosos que en la actualidad más intensa e insistentemente corroen y destruyen la integridad fisiológica de nuestro complicado organismo: «Tuberculosis, sífilis y alcoholismo.»

Sobre los problemas médicosociales que los mismos encierran, han emprendido ya verdaderas cruzadas generaciones sucesivas de sabios; y a pesar de ello, lo mismo la sífilis, la tuberculosis que el alcoholismo, siguen siendo el azote constante de la humanidad doliente.

Y aunque la ciencia médica ha logrado en estos últimos tiempos disminuir notablemente sus estragos, sin embargo, los referidos gérmenes siguen y seguirán imperando mientras los higienistas y jurisconsultos no dicten leyes que reglamenten severamente la sanidad física y moral de los individuos y la selección y procreación de los sexos.

Interin esto no llegue, la constante hereditaria de gérmenes morbosos de eliminación y destrucción fija y precisa, caminará en incremento fatal hacia la degeneración y aniquilación de la humana especie; al igual que la selección y herencia mórbidas, suprimieron ha mucho tiempo de la superficie del globo otras muchas especies animales, de las que sólo la Paleontología encierra las pruebas de su anterior existencia.

Por estas razones, en los tiempos que corremos comienza ya a iniciarse con caracteres verdaderamente alarmantes un nuevo ger-

men morboso de selección y destrucción humana; me refiero al «Germen psicopático»; pues a nada que paremos nuestra atención en los heterogéneos factores (especialmente en los psicológicos) que integran nuestra moderna vida social, sacaremos el doloroso convencimiento de que la Humanidad ha mucho tiempo se halla ya francamente iniciada hacia la locura.

Locura, sí; a nadie se le oculta ya (por lo menos a mí) que la locura, en unión de la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo, vienen a constituir las malas hierbas destinadas a angostar las raíces de la naturaleza humana y de la moderna civilización.

II

Voy a abordar, pues, en este modesto trabajo un problema arduo y escabroso: «el problema médico-social del germen psicopático».

Desde luego, adelantaré que no voy a ocuparme aquí de aquellos sujetos a quien el referido germen perturbó y hasta anuló completa e indefinidamente su cerebro; esto es, de los verdaderos locos, porque estos desgraciados, cuyos cerebros duermen tras las sombrías paredes de los manicomios, quedaron perfectamente eliminados de la sociedad, a la que, por el hecho de su reclusión, en nada perjudican.

Pero sí voy a hacer un ligero estudio crítico de aquellos otros sujetos que, conviviendo con nosotros, conservando aparentemente y hasta poseyendo muchas veces una inteligencia privilegiada, sin embargo, el germen psicopático determinó en ellos, según los casos, desde la perturbación psíquica más ligera hasta la anulación completa de su personalidad moral.

Son estos sujetos, en síntesis, los perturbados de la sensibilidad moral del carácter y de los actos; son los de la locura, al parecer tranquila, los locos sueltos, los individuos de mal paladar moral, que dice la gente; son, en una palabra, los «semilocos».

III

Pertenece los semilocos, dentro de la gran familia neuropática, al grupo de los degenerados hereditarios, producto patológico obligado, como todos sabemos, de la herencia psiconerviosa.

Es en estos enfermos en los que con mayor certeza se puede comprobar que no es la enfermedad madre la que suele ser transmitida al descendiente, sino la predisposición más o menos exagerada a padecer enfermedades psiconerviosas: no es, en una palabra, la semilla lo que se hereda, sino el terreno.

Esta predisposición morbohereditaria se expresaría anatomopatológicamente en el sujeto, por suspensiones, vicios e imperfecciones en el desarrollo de su sistema nervioso, que saltarían pronto a la vista bajo la forma de estigmas físicos degenerativos y de lagunas psíquicas.

Estas perturbaciones evolutivas o defectos constitucionales dentro del grupo de los psicópatas (o de mala arquitectura cerebral), experimentaría, según los casos, modificaciones y variantes muy dignas de tenerse en cuenta.

Pues entre que el cerebro al llegar a la época de su completo desarrollo experimente una suspensión en el mismo, o a que sólo se desarrolle deficiente e imperfectamente, así se dará lugar en unos casos a la generación, por ejemplo, de la encefalitis crónica, demencia primitiva, psicosis y monstruosidades de los degenerados inferiores, etc., etc., y en otros, a la de esos otros estados intermedios de conciencia, fluctuantes entre la fisiología y la psiconeuropatología cerebral, que tan bien caracterizan el llamado estado mental de los semilocos, sujetos que, por otra parte, no por eso dejan de ser tan perjudiciales y hasta más peligrosos que los verdaderos locos.

Y si vamos a buscar el germen psicopático dentro de la herencia, hemos de remontarnos (para mejor poder explicarnos las deficiencias e imperfecciones fisiohistológicas cerebrales) a buscarlo en su tendencia primordial y nata con que el organismo humano tiende a experimentar una defectuosa nutrición.

Y en consonancia con esto, fácilmente comprenderemos que todo aquello que tienda o coadyuve a perturbar el metabolismo nutritivo, constituirá desde luego un factor importante respecto a la herencia de los descendientes.

Por esto vemos cómo las infecciones intensas y las ínto y autointoxicaciones orgánicas, alterando la circulación y la composición química de los humores, repercuten a la larga sobre la herencia morbosa, creando primero distrofias, las que a su vez, al ser transmitidas de padres a hijos, van exagerándose y exteriori-

zándose por vicios, imperfecciones y hasta suspensiones en el desarrollo general orgánico, y que, en síntesis, no reconocen otra causa que la deficiente, nula o excesiva nutrición celular.

Y estos vicios constitucionales, según tomen preferencia y arraigo, por tal o cual territorio orgánico, así darán lugar a la generación de subgrupos dentro de una misma familia de hereditarios.

Así, por ejemplo, cuando las perturbaciones del desarrollo, motivadas por anómala nutrición, arraigan en el sistema nervioso, darán lugar a la formación de la gran familia de los neuropatas; y si dentro de éstos, las imperfecciones evolutivas se localizan de preferencia en el cerebro, aparecerá el subgrupo de los psicópatas, al que, desde luego, pertenecen los semilocos.

Con estas ligerísimas nociones referentes a la herencia psico-nerviosa, fácilmente se comprenderá que esos tres azotes humanos, denominados tuberculosis, sífilis y alcoholismo (y que en sí no representan otra cosa que una suma fabulosa de infecciones e intoxicaciones), se basten, la mayoría de las veces, ellos solos para crear conflictos nutritivos, que más tarde, fatalmente, han de repercutir en la herencia.

Y el germen psicopático que, como ya dejo dicho en otro lugar, va adquiriendo en la actualidad caracteres de propagación alarmante, no constituiría, en resumen, otra cosa que un nuevo hijo de los anteriores, los que a su vez son descendientes forzosos y obligados de la lucha entre las exigencias de la vida moderna, el vicio, la incultura y el abandono (sobre todo en España), en que se hallan por parte de todos el cumplimiento de los deberes y, derechos de ciudadanía.

IV

Acabo de hablar de la herencia en los semilocos: veamos ahora cuáles son las manifestaciones psicomorbosas con que estos sujetos se hacen ostensibles ante la sociedad y ante la Medicina.

Ya dejo apuntado en otro lugar que los semilocos con o sin estigmas degenerativos somáticos más o menos acentuados, por lo que principalmente se les distingue y conoce, es por sus lagunas e imperfecciones psíquicas, más bien morales que intelectivas; y aunque, estos sujetos puedan presentar, y de hecho presenten, algunas

veces cojeras y vicios intelectivos, lo corriente es que, al menos, bajo la apariencia de una inteligencia normal y a veces privilegiada, sus verdaderas imperfecciones psíquicas vayan siempre por el lado del sentido moral.

Son principalmente en ellos la voluntad y los sentimientos los que carecen de energía y desfallecen con facilidad; y así se comprende que mientras en el fisiológico la voluntad y los afectos ejercen un constante freno sobre la inteligencia, en el semiloco puede ésta, a pesar de ser completa, campar por sus respetos en un momento determinado, hacia la concepción de las imágenes más extravagantes y peligrosas, precisamente por debilidad o impotencia frenatrices de la voluntad y afectividad sobre ella.

Y es entonces cuando de estas imágenes enfermizas pueden germinar y tomar punto de partida las obsesiones, los delirios, los impulsos más nocivos, las acciones más excéntricas y los extravíos más raros; quedando el sujeto según la intensidad y duración de estas perturbaciones del espíritu más o menos alterado, pervertido o anulado en su personalidad moral.

Son los semilocos, en síntesis, desde el punto de vista patológico, enfermos afectos de una verdadera neurastenia de la sensibilidad moral, sometidos por el hecho de la herencia y de las impresiones del medio ambiente; a interminables alternativas de exaltación y depresión, y que, en un tanto por ciento, bastante elevado de los casos, suelen terminar en la verdadera locura.

Dicho esto, describamos ya cuáles son los rasgos y las manifestaciones psicomorbosas con que estos enfermos se hacen ostensibles.

Para esto convendrá mucho que los separemos en dos grupos: uno, en el que incluiremos aquellos semilocos en los que las obsesiones, los impulsos y las aberraciones psicomorbosas sólo dependen de una debilidad más o menos acentuada de su sentido moral; y otro, en el que incluiremos aquellos cuyos desequilibrios psíquicos estriban principalmente en la ausencia o anulación absoluta de dicho sentido.

Caracteres psicomorbosos de los semilocos del primer grupo.

Los semilocos por debilidad moral son susceptibles, impresionables y variables en exceso; la influencia más ligera les hace

pasar fácilmente de la cólera a la calma, del entusiasmo a la indiferencia, de la tristeza a la alegría, etc., etc., etc.

No se conmueven ante los dramas familiares más intensos, y, en cambio, se desesperan por la muerte del perro, del gato o del pájaro de la casa. Sujetos son éstos en los que las simpatías y antipatías por las personas, los animales y las cosas, llegan a veces a grados de exageración y vehemencia infinitas.

Son víctimas casi constantes de ideas emocionales obsesionantes y fijas que les arrastran muchas veces a determinaciones peligrosísimas para ellos mismos y para sus semejantes; tales son los impulsos irresistibles al juego, al suicidio, al homicidio, al robo (kleptomanía), a la bebida (dipsomanía), al incendio (piromanía), a la fuga (dromomanía), a los impulsos y aberraciones sexuales, etcétera, etc., obsesiones que cuando alcanzan cierto grado de intensidad llegan a constituir verdaderos delirios.

Los semilocos de este grupo son, además, seres orgullosos que se creen poseídos de las mayores perfecciones y méritos; son egoístas irreflexivos, cuya irreflexión les conduce frecuentemente a la malquerencia, envidia, mentira, calumnia y al anónimo. Son perezosos, absorbentes, imprevisores, violentos, imperiosos, disipadores, rencorosos, tercos, celosos y ajenos a todo sentimiento de tolerancia, indulgencia y bondad.

Son sujetos, en una palabra, que pecan de imperfección y debilidad manifiesta de su personalidad moral; les importan poco las leyes sociales; viven a veces con sus queridas bajo el propio techo conyugal; se casan con sus criadas o con mujeres de vida airada, se entregan en secreto a los vicios más bajos y deshonorosos, o hacen pública ostentación del libertinaje y del escándalo.

Y a pesar de esto, toda esta colección de seres dañinos y peligrosos los vemos, por desgracia, convivir a diario con nosotros en la familia, en el taller, en la universidad, en el cuartel, en la calle, etcétera, etc.; y no es raro verlos tampoco ocupar en la sociedad altas posiciones y jerarquías, en la política, en el foro, en la milicia, en la literatura, etc., etc., y desempeñar cometidos de importancia que pocas veces son resueltos por ellos con la equidad, justicia, celo y moralidad exigidos por la entidad a que pertenecen o colectividad que representan.

J. CAMINO GALICIA,
Capitán Médico.

(Continuará.)

V A R I E D A D E S

Por mediación de nuestro estimado colaborador el Comandante Médico Sr. Farreras, tenemos el gusto de publicar en el presente número el interesante trabajo del Médico militar portugués señor Barradas, deducido de las enseñanzas de la gran guerra que acaba de terminar.

*
* *

Oportunamente daremos cuenta a nuestros lectores de los trabajos presentados por nuestros compañeros del Cuerpo al Congreso que con tanto éxito está celebrando en la capital de Vizcaya la Asociación para el Progreso de las Ciencias.

*
* *

En la última firma de Guerra, S. M. el Rey ha concedido la Gran Cruz de San Hermenegildo a los Inspectores Médicos de la Reserva D. Agustín Planter, D. Joaquín Cortés y D. Rafael López Jiménez.

Reciban los agraciados nuestra respetuosa felicitación.

*
* *

Se ha anunciado por Real orden de 6 de Septiembre actual la vacante que, por destino a Melilla de nuestro compañero el Comandante Médico D. Emilio Alonso García Sierra, ha quedado en la Academia de Sanidad Militar. La vacante corresponde a la asignatura «Higiene Militar», dándose de plazo un mes para solicitarla, pudiendo tomar parte en el concurso los Comandantes Médicos que tengan su destino en Madrid, pues dicha asignatura ha de ser servida en comisión, sin perjuicio del destino de plantilla.

*
* *

Hasta el día 12 habían verificado el primer ejercicio de las oposiciones a ingreso en la Academia del Cuerpo 41 aspirantes, de los que han aprobado 72.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Las heridas de los vasos y el equilibrio circulatorio. — Derache, Voncken, Detrain y Coelembier tratan extensamente de este asunto, al que sirve de base las ligaduras arteriales y venosas, que practicaron en un total de 7.914 heridos graves, las veces que se indican a continuación:

Siete veces la ligadura de la arteria subclavia, con dos curaciones y una gangrena del brazo; una vez la ligadura de la vena subclavia, con una curación.

Tres veces la ligadura de la arteria axilar, con una curación y dos muertos; una vez la ligadura de la vena axilar, con una curación.

Diez y nueve veces la ligadura de la arteria humeral, con 16 curaciones y tres amputaciones.

Una vez la ligadura de la vena iliaca interna, con una curación.

Catorce veces la ligadura de la vena femoral, con ocho curaciones y dos amputaciones; cuatro muertos.

Diez veces la ligadura de la vena femoral, con ocho curaciones y dos defunciones.

Siete veces la ligadura de la arteria poplitea, con cuatro curaciones y tres amputaciones.

Estas cifras globales no pueden ser tomadas como base de un estudio especial de la patología vascular, ya que las cifras de estos resultados están intervenidas por factores ajenos a la herida vascular. La infección y el shock traumático toman gran parte en las causas de las defunciones.

Las suturas vasculares, tratán-

dose de heridas infectadas con el peligro de las hemorragias secundarias, han limitado mucho el método, y lo mismo ha ocurrido con la introducción de tubos de parafina, que establecían la continuidad vascular, tanto por la infección como por la trombosis.

De aquí que ante un vaso que sangra y que amenaza sangrar, el cirujano no tiene otro recurso que la ligadura, que rinde mayores esperanzas, quedando aún amenaza de las hemorragias secundarias súbitas, que exigen una gran vigilancia sistemática de los pacientes que han sufrido la ligadura de una arteria de gran calibre.

Los autores abogan por la ligadura simultánea de la arteria y de la vena principales, para obtener una buena restauración circulatoria. El obstáculo al derrame de sangre venosa favorece la nutrición del miembro, permitiendo una imbibición más amplia de los tejidos, aumentando la tensión circulatoria remanente y desarrollando la circulación colateral.—(*Archives Médicales Belges*, Noviembre 1918).—*J. P.*

* * *

Los microbios de asociación en la gripe.—Courmont, Durand y Dufourt tratan de los resultados obtenidos en 258 exámenes (en el vivo y post-mortem) en las formas graves en Lyon.

El neumococo se encontró raras veces durante un corto período. El bacilo de Pfeiffer no fué hallado en la sangre, pero sí en la garganta,

demostrando la autopsia su presencia en un tercio de las lesiones pulmonares, pero siempre asociado al estreptococo. Este fué encontrado 10 veces entre 86 casos, en la sangre de los pacientes, y siempre sólo; 3 veces sobre 9 en el exudado pulmonar del vivo; casi constantemente (28 veces en 35 casos) en las lesiones del pulmón, y en los demás ór-

ganos en el cadáver. Los estreptococos encontrados son de dos tipos: *viridans* (poco virulento, casos curados) y hemolítico clásico (agente virulento esencial, asociado o no al Pfeiffer), siempre sólo en las pleuritis purulentas. — (*Comptes-Rendus des séances de la Société de Biologie de Paris*, Novembre 1918.)—J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Conclusiones sobre las heridas de la mano por proyectiles de guerra.

—1.^a Las heridas de la mano, obedecen a las leyes generales del tratamiento de las heridas de guerra. El método conservador debe llegar en este particular a sus últimos límites.

2.^a Las operaciones inmediatas son de preferencia; las operaciones económicas que permitan la reunión por primera intención, con restauración quirúrgica de los tendones y nervios.

Una resección ósea limitada puede practicarse para obtener una buena cicatrización.

Las cualidades de esta cicatriz, así como la movilidad de los tendones y de las articulaciones, son más importantes que una conservación completa del esqueleto.

3.^a Durante la cicatrización se imponen la inmovilización del foco traumático, la movilización inmediata, pasiva o activa, de todas las partes sanas y la movilización muy precoz de la región enferma.

4.^o Después de la cicatrización, hay que buscar también la movilidad.

5.^a Las lesiones óseas o articulares de los dedos justifican el mismo tratamiento que las de los grandes segmentos óseos de los miembros, es decir, la esquirlectomía y la reunión primitiva o secundaria precoz.

Para el pulgar, la resección articular es siempre preferible a una amputación.

6.^a Cuando un dedo parece tender a la rigidez completa, sin movilización posible, es necesario practicar la amputación.

La resección de la cabeza del metacarpiano correspondiente está indicada, sobre todo, después de la desarticulación del índice y del articular.

7.^a En las fracturas de los metacarpianos, la esquirlectomía total es necesaria, y será practicada de preferencia por la vía dorsal.

8.^a En las lesiones carpo-metar-

pianas, la resección se limitará a los huesos afectados.

9.^a Las secciones o pérdidas de substancia de los tendones serán reparados según la técnica usual, variable con el sitio y la extensión de las lesiones.

Las nuevas adherencias, después de la reconstitución tendinosas, constituyen el mayor obstáculo a la

movilidad. La movilización inmediata y continua es un buen medio de evitarlas.

10. En los grandes destrozos de la región metacarpiana, es preferible la amputación alta del metacarpo a la desarticulación de la muñeca.—(*Conférence Chirurgicale Interalliée.*)—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 1 Agosto.....—Real orden (*D. O.* núm. 197) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos D. Juan Nuevo Díez D. Jeremías Rodríguez González y D. Arturo López Despret; Teniente Médico D. Antonio Crespo Alvarez, y Farmacéutico primero D. Francisco Domínguez Monleón.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 200) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Teniente coronel Médico D. Antonio Martínez Carvajal; Comandante Médico D. Federico Illana Sánchez; Capitanes Médicos D. Juan Ruiz Cuevas, D. José González Vidal y D. Adolfo Chamorro Lobo; Farmaceutico primero don Ramón Guardiola Carasa, y Médico provisional don Eugenio Martín Alonso.
- 4 » Real orden (*D. O.* núm. 201) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos D. Blas Hidalgo Sánchez y D. Pascual Ibáñez Centenera, y Teniente Médico D. César Yaque Laurel.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 202) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos D. José María Ruiz Mosso, D. Luis Sancho Catalán y D. Isidro Sánchez Fairén, y Farmacéutico primero D. Ricardo Crespo Cordone.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 203) declarando indemnizables

las comisiones desempeñadas por los Comandantes Médicos D. José Andújar Solana y D. Francisco García Barsala, y Capitanes Médicos D. Juan Rivaud Ballesteros, D. José Ruiz Mosso, D. Isidro Sánchez Fairen y D. Luis Sancho Catalán.

28 Agosto... —Real orden (*D. O.* núm. 193) concediendo la Cruz y Placa de la Orden de San Hermenegildo al Inspector Médico, en situación de segunda Reserva, D. Agustín Planter y Goser.

» » Real orden (*D. O.* núm. 193) concediendo la Cruz y Placa de la Orden de San Hermenegildo al Inspector Médico, en situación de primera Reserva, D. Rafael López Jiménez.

» » Real orden (*D. O.* núm. 193) resolviendo que cuando se conceda al personal del Ejército una permuta para servir en Baleares, Canarias o plazas de Africa, antes de que el permutado se haya incorporado a su destino, se considerará éste como obtenido forzosamente para los efectos del beneficio de pasaje al permutante, a fin de que su traslado y el de su familia sea por cuenta del Estado.

29 » Real orden (*D. O.* núm. 194) disponiendo que se active la enseñanza de los alumnos que estuviesen pendientes del curso de Cirugía en algunos de sus periodos, y que cuando se reanuden los citados cursos, hoy en suspenso, puedan asistir a ellos, con carácter de voluntarios y sin perjuicio del servicio los Oficiales Médicos destinados en las plazas en que aquellos se practiquen.

» » Real orden (*D. O.* núm. 194) aprobando la propuesta del Capitán general de la quinta Región para que desempeñen el cargo de Vocales de la Comisión mixta de las provincias de Guadalajara y Zaragoza los Comandantes Médicos D. Antonio Alonso Fernández y don Francisco García Barsala.

» » Real orden (*D. O.* núm. 193) disponiendo que las Autoridades de la sexta y octava Regiones designen un Capitán Médico para que, unidos a los del mismo empleo, D. Ricardo Murillo Ubeda y D. Julio Ortiz de

- Villajos, completen el número de alumnos que han de efectuar el curso de ampliación de estudios de Bacteriología y análisis en el Instituto de Higiene Militar, que dará principio en 1.º de Octubre.
- 30 Agosto.....— Real orden (*D. O.* núm. 194) concediendo el retiro para Santa Cruz de Tenerife al Coronel Médico D. Eustasio González Velasco.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 194) concediendo el pase a supernumerario sin sueldo al Capitán Médico D. Luis Hernández Marcos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 194) disponiendo vuelva al servicio activo el Coronel Médico D. Jerónimo Peralta Jiménez, que quedará disponible en esta Corte hasta que le corresponda obtener colocación.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 195) aprobando el programa las materias que han de constituir las enseñanzas de los cursos de Oftalmología, que empezarán el día 1.º de Octubre en los Hospitales de Madrid-Carabanchel, Córdoba, Valencia, Barcelona, Pamplona, Valladolid, Ceuta y Melilla.
- 2 Septiembre..— Real orden (*D. O.* núm. 197) disponiendo que el Comandante Médico D. Clemente Herránz Lamich, destinado en el Hospital de Santoña, pase a desempeñar el cargo, con carácter interino, y sin ser baja en su actual destino de Profesor de los cursos de Cirugía en los grupos de Hospitales militares de Melilla.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 197) desestimando la instancia del Teniente Médico D. César Yagüe Laurel, hoy Capitán Médico, solicitando se le computara para disfrutar la gratificación de efectividad de un quinquenio, el tiempo que sirvió como Médico provisional.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 198) nombrando Médico auxiliar del Ejército al soldado del Batallón Cazadores de Madrid, D. Pedro Casares España.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 199) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a María de la Asunción Grajales Aranda, al Capitán Médico D. Jerónimo Blasco Zabay.
- 5 » Real orden (*D. O.* núm. 198) concediendo el empleo su-

perior inmediato a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes: Teniente coronel D. Celestino Alemany Aznarez; Comandantes D. Melchor Camón y Navarra y D. Ignacio Carnet y Palao; Capitanes D. Servando Barbero Saldaña, D. Gaspar Araujo Lucas, D. José Crende Martínez y Luis Modet Aguirrebarrena; Tenientes D. José Jover y Jover, D. Cecilio Hernández González, D. Miguel Sayalero y Martínez-Delgado, D. Narciso Barbero y Tirado y D. Fernando López-Laza.

- 5 Septiembre. — Real orden (*D. O.* núm. 199) concediendo el empleo superior inmediato al Farmacéutico primero D. Manuel Dronda Surio y al Farmacéutico segundo D. Leonardo Pérez Gutiérrez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 200) concediendo al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Wenceslao Carradano López la Cruz de la Orden de San Hermenegildo.
- 6 » Real orden (*D. O.* núm. 200) autorizando para trasladar su residencia desde Barcelona a Tarragona al Inspector Médico de primera clase, en situación de segunda Reserva, D. Cayetano Rodríguez de los Ríos.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 201) accediendo a lo solicitado por el Teniente coronel Médico D. Enrique Pedraza Vivanco, de que se le conceda el abono doble para efectos de retiro el tiempo que prestó sus servicios en el Tabor de Policía de Tánger, núm. 2.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 202) disponiendo que los Jefes de Sanidad Militar de las plazas de Madrid, Valencia, Barcelona, Valladolid, Ceuta y Melilla propongan el personal que desee asistir a los cursos de Oftalmología, debiendo estar las propuestas en el Ministerio antes del día 20 del actual, desarrollándose los cursos según el programa publicado últimamente.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 202) anunciando para proveer por concurso una plaza vacante en la Academia de Sanidad Militar, correspondiente a la asignatura Higiene Militar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 202) disponiendo que los Capitanes

Médicos D. Luis Cordonie Aguilera, D. Juan Rivaud Ballesteros y D. Rafael Llorente Federico, desempeñen, respectivamente, los cargos de Vocal de la Comisión mixta de Córdoba, de la de Soria y la observación de la de Alava.

6 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 202) disponiendo que los Capitanes Médicos D. Enrique Sola Segura, D. Luis Hernández Marcos, D. José Rubio López, D. José Rosales Gutiérrez y D. Eduardo Talegón Arcas, ejerzan, respectivamente, los cargos de Vocales substitutos ante las Comisiones mixtas de Cádiz, Málaga, Granada, Córdoba y Sevilla.

» » Real orden (*D. O.* núm. 203) disponiendo que se explore la voluntad de los Capitanes Médicos destinados en la octava Región, por si alguno de ellos desea asistir a un curso abreviado de Radiología en el Hospital militar de Urgencia de esta Corte, que empezará el 1.º de Octubre y terminará el 31 de Enero siguiente. El nombrado, al obtener el diploma de aptitud, ha de ocupar la vacante de Médico radiólogo, existente en el Hospital de la Coruña, si no hubiese otro en mejores condiciones que la solicite.

» » Real orden (*D. O.* núm. 203) accediendo a lo solicitado por el Capitán Médico D. Mario Romero Plá, de asistir al curso abreviado de Radiología, que desde 1.º de Octubre a fin de Enero ha de celebrarse en el Hospital de Urgencia, a condición de que, al obtener el diploma de aptitud, ha de ocupar la vacante de Médico radiólogo que existe en el Hospital de Valencia, si no hubiese otro en mejores condiciones que la solicite.

