

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VIII.

Madrid, 1 de Octubre de 1918.

Núm. 19.

## SUMARIO

*A propósito de la epidemia actual*, por el **Dr. J. A. Palanca**.—*La teoría y la práctica del injerto óseo* (conclusión), por **Fidel Pagés**.—*Fenomenología de la sugestión hipnótica*.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Desratización y desinfección de locales de pequeñas dimensiones.—Sobre una preparación secreta de parafina «*ambrina*». El medio de acción del compuesto parafina-gutapercha.—Sobre un nuevo método de conservación de sustancias animales y vegetales con la ayuda de los gases asfixiantes.—*Prensa militar-profesional*: Adissonismo de guerra.—Las gangrenas por tortor. Las hemorragias y su tratamiento en el puesto de socorro regimental.—*Bibliografía*: Las enfermedades y las flores, ó las flores y las enfermedades. Conferencia pronunciada por el Dr. D. Ricardo Royo Villanova, ante la Asociación Médico-Escolar de Zaragoza.—*Sección oficial*.  
SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1 de Octubre de 1918.

## A PROPÓSITO DE LA EPIDEMIA ACTUAL

En los primeros días del presente mes se ha presentado de nuevo en los soldados de esta guarnición una enfermedad, que por su gran difusión y por el grave cortejo sintomático que la acompañaba, preocupó justamente á cuantos teníamos nuestro destino en el Hospital de Madrid.

Al iniciarse los primeros casos, sin un diagnóstico exacto del proceso, y fundándose en el aspecto tífico de los enfermos, llegó á pensarse en el tifus exantemático ó en la fiebre tifoidea; por otro lado, el recuerdo de la epidemia de la pasada primavera justificaba el que se relacionase con ambas dolencias. En estas condiciones, juzgamos necesaria exponer sucintamente nuestros trabajos de laboratorio y de autopsias que creemos han sido útiles en el esclarecimiento del problema. Ante todo, queremos hacer notar que una vez más hemos confirmado nuestro modo de pensar de que el laboratorio es un auxiliar importantísimo de la clínica; pero que si se desea hacer rendir al laboratorio el máximo de utilidad, es indispensable orientarlo y apoyarlo con datos clínicos; para estar en un laboratorio es preciso ser Médico, y no olvidar que enfermos y

cadáveres á veces enseñan más que microscopios y reacciones, y que el toque está en saber cuándo hay que recurrir al microscopio y cuándo es preferible orientarse clínicamente.

*Examen morfológico de la sangre.*—En los casos que hemos examinado apenas si de esta clase de investigación se desprende algún dato de interés; glóbulos rojos y blancos muestran sus habituales formas, y apenas si puede comprobarse una ligera polinucleosis neutrófila; los núcleos de los leucocitos polinucleares muestran su estructura normal, no comprobándose esa degeneración á la que tanto valor diagnóstico en el tífus exantemático conceden Hegler y Prowazek.

*Examen de los esputos.*—En casi todos los enfermos la expectoración era abundante; el microscopio comprobaba una flora bacteriana abundantísima, en la que predominaban el micrococus catarralis, el pneumococo y el estreptococo; en menos abundancia encontramos alguna vez el bacilo de Pfeiffer y un diplococo Graham negativo del tipo del catarralis.

*Hemocultivos.*—Hemos intentado el cultivo de los gérmenes que pudiesen existir en la sangre del enfermo, utilizando caldobilis, agar y agar-sangre. Siempre que el hemocultivo fué intentado en condiciones de asepsia perfecta dió un resultado negativo, y nunca pudimos aislar gérmenes patógenos.

*Aglutinaciones.*—Generalmente se han practicado con enfermos que llevaban ocho á diez días de enfermedad; tanto para el bacilo tífico como para sus similares, los paratíficos, el resultado fué negativo. Como Nicolle concede cierto valor para el diagnóstico del tífus exantemático al hecho por él comprobado de aglutinarse el micrococus melitense con suero de tífico, efectuamos también esta investigación sin resultado. Alguna vez se remitió suero de enfermo al Instituto de Higiene Militar que comprobó nuestro resultado.

*Inoculaciones.*—El 16 se inyectó por vía intraperitoneal un conejillo de Indias, utilizando sangre desfibrinada de un enfermo grave. Hasta el momento actual vive el animal sin alteración alguna. Posteriormente inyectamos con esputos cuatro ratas, de las que tres sucumbieron, pudiendo comprobarse una infección pneumocócica.

*Autopsias.*—Hasta el momento actual se han practicado unas quince, presenciadas por Médicos de este Hospital y por Médicos

civiles; lo más saliente de lo observado es lo siguiente: Gran congestión de las meninges sin lesión cerebral ni siquiera congestiva. Sólo en un caso existía un ligero exudado purulento bajo las meninges, en el que existía algunos diplococos *Grahm* negativos que no pudimos cultivar.

Intensa congestión, á veces hemorrágica, de la tráquea y gruesos bronquios; lesiones pulmonares constantes, inflamatorias y congestivas, casi siempre limitadas á la base de uno ó ambos pulmones, pero presentándose también en parte media y aun á veces en el vértice. Adherencias pleurales muy marcadas en la pleura diafragmática; muy frecuente exudado pleural, seroso, en el que á veces existían grumos amarillentos flotantes. En un caso encontramos lesiones supurativas de pulmón, coexistiendo con un derrame pleural purulento muy abundante. Ligera hipertrofia cardíaca y alguna vez placas poco extensas de pericarditis.

El aparato digestivo solía estar íntegro, y sólo una vez vimos intensa congestión de la mucosa del fondo mayor del estómago, y muy frecuentemente congestión del páncreas. Congestión renal, y alguna vez, aunque no siempre, de las glándulas suprarrenales. Frecuente infarto de los ganglios linfáticos del cuello.

Practicando un corte sobre las partes hepatizadas del pulmón, fluía un líquido serohemorrágico, en el que la inspección microscópica descubría una concurrencia microbiana extraordinaria, en la que predominaban los mismos gérmenes que en los esputos, aunque no tuvimos la suerte de descubrir y aislar el bacilo de Pfeiffer; análoga flora microbiana tenían los líquidos pleuríticos, aunque con predominio del estreptococo.

En cuanto á las alteraciones microscópicas del pulmón (realmente único órgano constantemente interesado), se reducían á las propias de una broncopneumonía en unos sitios y á los de una enorme congestión activa en otros; los alvéolos pulmonares estaban llenos de un exudado fibrinoso que entre sus mallas englobaban células epiteliales tumefactas, leucocitos y tal cual glóbulo de pus; los bronquios con su pared infiltrada por células inflamatorias, y con su luz cegada por un exudado inflamatorio análogo al que rellena las vesículas pulmonares, y, por último, una gran extravasación sanguínea que hacía aparecer llenas de hematíes aquellas vesículas pulmonares no invadidas aún por el proceso flegmático.

Fácil es con los anteriores datos intentar un diagnóstico exacto de la enfermedad. La forma de presentarse, algunos detalles de epidemiología y la ausencia de exantema, que inútilmente buscamos en todos los invadidos, deponían en contra del tifus exantemático. En todo comienzo de epidemia, cuando se sospecha esta enfermedad, sólo hay dos medios de laboratorio que permitan establecer el diagnóstico. Uno es la reacción de fijación del complemento, que no pudimos intentar por carecer de antígeno conveniente; el otro es la inyección de sangre desfibrinada en la cavidad peritoneal de un conejillo de Indias, operación que se llevó á cabo en el Instituto de Higiene Militar, sin alteración alguna del animal. La clínica y el laboratorio marchaban acordes, negando el tifus exantemático.

Más difícil era, clínicamente, la distinción con la fiebre tifoidea; pues si bien el curso era anómalo y las complicaciones pulmonares evidentes, podía caber la duda de si se trataría de una tifoidea de forma torácica, á lo que daba cierto tinte de veracidad el aspecto tífico de los enfermos. Pero las aglutinaciones eran negativas, aun en el décimo día, y los cultivos no lograban aislar el bacilo de Eberth. Aquí el laboratorio auxiliaba á la clínica negando la fiebre tifoidea sospechada.

El recuerdo de la última epidemia, calificada justa ó injustamente de gripal, ponía sobre el tapete la cuestión de si se trataría nuevamente de aquella enfermedad. En los casos que nosotros examinamos, sólo alguna vez descubrimos el bacilo de Pfeiffer, y generalmente, en los casos graves era más raro que en los leves. Difícil es la cuestión, pues ni negamos la posibilidad de que el Pfeiffer existiese en más casos de los que lo encontramos, ni afirmaríamos tampoco que en los casos encontrados fuese él el agente de la enfermedad, puesto que se le puede encontrar como sa-profito de las vías respiratorias. Nos parece lo más probable que el bacilo de Pfeiffer sea el culpable de la difusión de la enfermedad, pero de ningún modo de la gravedad de estas formas hipertóxicas.

La constante existencia de lesiones pulmonares y pleuríticas, más ó menos extensas y más ó menos avanzadas, pero constantes, lo repetimos; la frecuente existencia de estreptococos ó pneumococos en esputos y focos pulmonares, llevaron á nuestro ánimo el convencimiento de que la enfermedad, que tratábamos de averi-

guar era una pleuro-pneumonía, quizás preparada por el bacilo de Pfeiffer, pero agravada por la asociación con pneumococos y estreptococos, dotados de una virulencia tal, que más que de una broncopneumonía, se trataba de una septicemia con localizaciones pleuropulmonares extensas. La autopsia probaba que había poca lesión orgánica en aquellos individuos que eran tipo de una infección hipertóxica, y de aquí el aspecto tífico, las altas temperaturas (hasta 42) y la muerte rápida.

Para nosotros, esta pequeña epidemia de ahora es análoga á la de Mayo, quizás menos extensa, pero en cambio más intensa. Para explicar su aparición, aventuramos la siguiente hipótesis: Incorporados á filas los excedentes de cupo, que casi ninguno había sufrido los efectos de la pasada epidemia, por residir en pequeños pueblos (en su mayoría), fueron infectados por gérmenes, muy difíciles de extirpar, de las grandes poblaciones, y que quedaban como residuo de la pasada epidemia. Por ello, los primeros casos comenzaron á los diez ó doce días de la llegada de los nuevos soldados, tiempo empleado en el período de incubación; quizá el cambio de régimen y la depauperación con que algunos individuos se presentaron en los cuarteles, fué la causa de que las graves complicaciones pneumónicas se presentasen con tal frecuencia entre los invadidos. Los soldados veteranos, inmunizados en cierto modo por la pasada epidemia ó inmunes naturales contra ella, escaparon de la nueva enfermedad. Esperamos, pues, que del estudio que de la enfermedad está practicando la Comisión nombrada para ello, se aclaren estos detalles epidemiológicos, y se eviten nuevos brotes epidémicos en futuras concentraciones.

DR. J. A. PALANCA



# YODÓGENO CUBAS



**Generador de vapor de yodo inyectable. Poderoso, infalible é insustituible antiséptico, que reemplaza ventajosamente al yodo y yoduros, en sus múltiples indicaciones, por ser su acción más eficaz y no determinar trastornos de yodismo.**



*Declarado de petitorio oficial en los Hospitales provinciales, según acuerdo de la Excm. Diputación Provincial, en su sesión del 23 de Febrero de 1916, en vista del éxito obtenido en las clínicas de los doctores D. Francisco Huertas, D. Enrique Capdevila y D. Laureano Olivares, según informe oficial de los referidos doctores; con el V.º B.º del doctor D. Enrique Isla, Decano del Cuerpo.*

Recomendado, con éxito eficaz, para combatir el artrismo la arterioesclerosis, tuberculosis quirúrgica, bien sea de localización cutánea (lupus), sinovial, ósea, articular, ganglionar, glandular; las neurosis de origen artrítico, bronquial, gástrico y cefalea crónica; las litiasis y nefritis crónicas, cirrosis hepática y lesiones cardiacas compensadas, lesiones cerebrales y medulares crónicas y, en general, en todas las enfermedades en que el tratamiento del yodo y sus sales están indicados.

Caja de ampollas, 5 pesetas. Aparato yodonizador, 3,50.

En provincias, 0,50 de aumento.

\* Pedidos de prospectos y muestras á

**YODÓGENO CUBAS, S. A.**

**Huertas, 15 y 17. — Madrid.**

## LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DEL INJERTO ÓSEO

(CONCLUSIÓN)

*Tratamiento post-operatorio.*—Si se dejase á estos operados abandonados á la evolución espontánea de su herida operatoria, podría llegar á unir el trasplantado, pero su consolidación sería tal vez incorrecta, y no obtendríamos todo el resultado que de una intervención de este género hay derecho á esperar. Los vendajes rígidos y la extensión continua son los dos grandes medios que tenemos de luchar contra los agentes que causan la desviación de los extremos óseos cuyo contacto debe conservarse hasta consolidación. Es la retracción muscular, y mejor dicho aún, la retracción elástica de todos los tejidos del miembro operado la fuerza que solicita en diversas direcciones las extremidades del hueso receptor y del trasplantado, y si no nos oponemos con el enyesado ó con la extensión continua á la actuación de dicha fuerza, los extremos que han de unir llegarán á separarse, no pudiendo lograr en estas condiciones una consolidación que garantice convenientemente la estática y la función del miembro. Un yeso preparado con anticipación, como ya indicamos en párrafos anteriores, me parece preferible, pues tiene la ventaja, ciertamente no despreciable, de poder trasladar al operado hasta la cama sin el peligro de que las maniobras que el transporte requiere desplacen los huesos de la posición que les dimos en la intervención.

Con el amasamiento precoz de maniobras suaves combatiremos la atrofia muscular, y con la movilización articular, muy prudente, comenzada á los ocho ó diez días de la operación, trataremos de evitar las rigideces, pero en ningún momento olvidaremos, durante el tratamiento post-operatorio, que el mayor reposo es necesario para la unión de los fragmentos, y, por lo tanto, no perturbaremos con nuestras maniobras la consolidación.

Hasta aquí hemos expuesto, á grandes rasgos, la teoría de la trasplatación y los cuidados técnicos indispensables para el fa-

vorable resultado de estas intervenciones, permitiéndome describir á continuación la modesta casuística, que hasta la fecha puedo presentar, en cuya práctica siempre me he guiado de las indicaciones técnicas que llevo dichas.

*Observación núm. 1.*—V. G., natural de Zaragoza, de veintidós años de edad, ingresó en el Hospital Provincial el 29 de Julio de 1915, ocupando la cama núm. 11 de la sala 9.<sup>a</sup>; padece al ingreso una pseudoartrosis de la tibia izquiérda, situada en el tercio medio. El enfermo refiere que fué arrollado por una vaca en una capea, fracturándose la pierna; le aplicaron vendaje de yeso, pero al quitarlo, pasados cuarenta días, la extremidad se doblaba á nivel del sitio fracturado, y no soportaba el peso del cuerpo. Los medios á que recurrieron para lograr la consolidación, consistentes en frotación de los fragmentos entre sí y masaje, no produjeron ningún resultado, decidiéndose, en vista de esto, á ingresar en la clínica, seis meses después de sufrido el accidente. La exploración nos condujo al diagnóstico de pseudoartrosis por interposición de partes blandas que comprobó la radiografía. La fractura había sido de las llamadas por Goselin cuneiformes, y por Koch en paso de rosca; en suma, una fractura en pico de flauta... Convencidos de la imposibilidad de que el callo se formase á través de los músculos interpuestos, decidimos la intervención sin más demora, renunciando á medios que como la inyección de sangre desfibrinada (Bier) ó la de maceraciones de periostio se preconizan como excelentes en los retardos de consolidación.

El 9 de Agosto de 1915 se procede á la intervención, practicando la conocida con el nombre de operación de Mueller. Se incindió la piel y todos los tejidos hasta el periostio inclusive, en forma de U abierta hacia arriba, cuyo vértice se encontraba á unos seis centímetros por debajo del foco de fractura, y la abertura á diez por encima del mismo, aproximadamente; con escoplo y martillo se separó una lámina de hueso unida á la piel y al periostio de forma de pirámide triangular, que comprendía desde el vértice de la U hasta la línea de fractura. Desplazado hacia arriba el colgajo osteoperióstico, y abierto el foco, se doblaron en ángulo los fragmentos; haciendo una limpieza detenida, se excavó una pequeña muesca en la parte inferior del fragmento superior, y colocados de nuevo los huesos en su posición, se movilizó hacia arriba el injerto pediculado, de modo que quedase apoyado á manera de puente



sobre la misma línea de fractura. La incisión superficial se suturó en Y, aplicando un yeso fenestrado.

El curso post operatorio fué bueno los primeros días, pero al sexto empezó un exudado seropurulento que tardó más de un mes en desaparecer. Desaparecido, se cerró la herida operatoria, quedando transformada en una fractura cerrada. El día 3 de Diciembre fué dado de alta el enfermo completamente curado, conservando un ligero abultamiento á nivel del injerto, pero con la función completa.

*Observación núm. 2.*—T. R., natural de Soria, de cincuenta y dos años de edad, ingresó en la cama 25 de la sala 18, el día 18 de Julio de 1915, con una artritis fímica de la rodilla derecha, de tres años de fecha, no fistulizada. Operado el 4 de Agosto del mismo año, se le practicó una resección, enclavando entre las superficies de los huesos resecaos un trozo de peroné aperióstico. Durante la intervención se dió salida á abundante pus tuberculoso, contenido en la articulación y en el fondo de saco cuadrípital. Se dejó drenaje y se inmovilizó en gotiera. El curso post-operatorio fué séptico, como estaba previsto, y no pudo agotarse la supuración en los meses siguientes, por lo cual, el 26 de Enero de 1916, no estando consolidada la resección y siendo malo el estado general, fué amputado el muslo.

*Observación núm. 3.*—I. F. V., que ocupa la cama 19 de la sala 18, ingresó en la clínica el 14 de Noviembre de 1915. Tiene cincuenta y cinco años, y cuenta que hace tres cayó por una escalera, estando desde entonces sin poder andar y con dolores en la cadera derecha. Por la exploración se comprueba acortamiento de cuatro centímetros; tiene el miembro en rotación externa, no pudiendo levantar el pie del plano de la cama, el trocánter está por encima de la línea de Nelaton-Roser, y el punto de Schumacher en la línea alba, cuatro centímetros más abajo que el del lado opuesto. El trocánter no está ensanchado. Se diagnostica fractura intracapsular del cuello femoral, comprobando la lesión por radiografía.

El 12 de Enero de 1916 se procede á la operación. Acostado el enfermo en decúbito lateral izquierdo, se traza una incisión en tabaquera, que corta el eje femoral á 7 centímetros por debajo del vértice del trocánter; incididos los planos superficiales, se corta el periostio con un cuchillete y se separa con periostótomo,

dejando un espacio desprovisto de él en la cara externa del trocánter, y á 7 centímetros bajo su vértice. Un ayudante está encargado de practicar tracción sostenida sobre el miembro enfermo, y mientras tanto se perfora con una fresa hacia arriba y adentro en la dirección del cuello femoral, profundizando aproximadamente 8 centímetros. Sacada la fresa, se rellena la cavidad de gasa hidrófila, comprimiento bastante para hacer hemostasia. Una incisión de 12 centímetros en la parte externa de la pierna derecha nos permite, previa isquemia, alcanzar el peroné; separados hacia delante los peroneos laterales, y hacia atrás los músculos de la región posterior de la pierna, se incide el periostio en una longitud de 8 centímetros, y con periostótomos curvos se separa el peroné de su cápsula perióstica en todo su contorno, procurando no destruir con el filo del instrumento la capa de medula cortical activa. Una almohadilla de arena, colocada bajo la pierna, nos permite con facilidad obtener por medio del escoplo y martillo un injerto peroneo de cuatro traveses de dedo de longitud aproximada. Rellenada la herida con gasa, se recubre de un paño esterilizado, se quita el tubo de Esmarch y nos dirigimos de nuevo á la cadera para completar la operación. Del conducto fraguado con la fresa se quita la gasa que se colocó para hacer hemostasia, y se clava en su lugar, con ayuda del martillo, el segmento de peroné extirpado, que debe pasar á través del trocánter y cuello femoral. La hemostasia cuidadosa y la sutura, tanto en la cadera como en la pierna, terminan la operación. Llevado el enfermo á la cama, se le coloca una extensión continua á lo Bardenheuer en abducción. El curso post-operatorio fué excelente; á los nueve días se quitan los puntos de sutura en ambas heridas, y á los quince, completamente cicatrizadas, los apósitos que las cubren. La atrofia muscular era muy acentuada, como corresponde á una falta de función de tres años. A las dos semanas se empezó con el masaje y la movilización pasiva, discreta, acentuando progresivamente la excursión de las superficies articulares. Los dolores que padecía el enfermo cesaron por completo desde el cuarto ó quinto día de operado. A las seis semanas se le quitó la extensión, y á las diez se le permitió levantarse, pudiendo sostenerse en ambos pies, pero careciendo de fuerza en el operado. Se le dió de alta el 26 de Marzo de 1916, recomendándole el uso para andar por casa, de un aparato con ruedas como el que utilizan algunos tabéticos y los niños

para aprender á andar. La mejoría ha sido progresiva, y en la actualidad puede andar sin aparato, y se encuentra sumamente mejorado. La radiografía demostró la correcta colocación del trasplantado y la formación de callo en el foco de fractura, y siendo de notar que el resultado de estos injertos es más dudoso á medida que pasa al tiempo de haberse producido la fractura, el caso presente es bastante favorable.

*Observación núm. 4.*—A. R. E., natural de Navacerrada, de veintisiete años de edad, ingresó en la cama 10 de la sala 18, el 20 de Diciembre de 1915, con unos dolores abdominales en cinturón, que se acentuaban durante el día con la posición de pie; desde hacía algunos meses se encontraba mal, habiendo perdido mucho en fuerzas, sobre todo en las piernas, y viéndose imposibilitado de cargar grandes pesos. Antecedentes de familia, sin importancia; personales, bronquitis catarral los inviernos.

Por la exploración se encuentra sensibilidad á la presión de las apófisis espinosas de la 12.<sup>a</sup> dorsal y 1.<sup>a</sup> lumbar; la percusión fuerte sobre ambos hombros determina dolor al mismo nivel; hay envaramiento de la parte baja de la columna vertebral, poca soltura y extensión en los movimientos. Se diagnostica espondilitis fímica con lesión en los cuerpos vertebrales de la 12.<sup>a</sup> dorsal y 1.<sup>a</sup> lumbar, sin deformidad.

El día 4 de Febrero es operado el mal de Pott, haciendo un injerto de Albee. Una incisión de 16 centímetros de longitud nos condujo hasta las apófisis espinosas de las vértebras de las dos últimas dorsales y dos primeras lumbares; cortamos los ligamentos interespinosos correspondientes, y después con escoplo seccionamos las apófisis en dos mitades, fracturando hacia un lado una mitad. Ligaduras y taponamientos con gasa. Doblamos sobre el muslo la pierna izquierda, manteniendo al enfermo en decúbito supino, y previa isquemia y colocación de un saco de arena entre muslo y pierna, obtenemos, á expensas de la cara interna y borde anterior de la tibia, una delgada tira de hueso de 10 centímetros de longitud, sirviéndonos del escoplo y el martillo. Cubierta la herida con un paño esterilizado, se quita el tubo de Esmarch y se implanta el injerto en la canal formada por las dos mitades de las apófisis espinosas. La sutura de los planos por encima del trasplantado y la oclusión de la herida de la pierna terminan la intervención. En la cama se le coloca un plano de madera que la hace

rígida, desapareciendo los dolores al tercer día. El curso post-operatorio es completamente aséptico, y á los quince días, ya curadas las heridas, se coloca un yeso, en el que permanece durante dos meses ya fuera de la clínica, de donde salió de alta el 27 de Febrero de 1916.

Cuando viene el enfermo á la consulta á quitarse el yeso, se encuentra completamente bien, con apetito, ha engordado, y tiene gana de trabajar. Hacia el mes de Julio vuelve á la consulta, y nos muestra un abultamiento que le ha salido en la espalda; es una apófisis espinosa, correspondiente á la 10.<sup>a</sup> dorsal, que se ha hecho prominente por el aplastamiento de los cuerpos vertebrales. La lesión ha tenido lugar por encima de la región operada.

Hemos de hacer observar que la técnica seguida por nosotros no es exactamente la de Albee, debido á que no poseemos su instrumental. El cirujano americano, después de poner al descubierto las apófisis espinosas, reduce la deformidad en lo posible, adapta un alambre flexible sobre el vértice de las apófisis, y la forma que éste toma le sirve de modelo ó patrón para tallar con su sierra eléctrica, á expensas de la cara interna de la tibia, un injerto óseo de igual figura, que después adapta á la canal fraguada en las apófisis espinosas.

*Observación núm. 5.—Sala 18, cama 27.—R. V. C., que ocupa la cama indicada, natural de Lupiana (Guadalajara), y de sesenta años de edad, ingresó en la clínica el 31 de Enero de 1916. Cuenta que hace un año le ha empezado á doler y abultarse la rodilla, y que hace seis meses le pincharon, sacándole líquido claro de la articulación. No tiene más antecedentes de familia ni personales.*

Por la exploración se aprecia la extremidad inferior del fémur; aumentada de volumen la pierna está en extensión y puede flexionarse bien; no hay dolores á la palpación; las molestias son espontáneas y mayores por la noche. Se descarta el diagnóstico de artritis, porque los movimientos articulares son normales, y la sinovial y la extremidad superior de la tibia no presentan alteración clínica apreciable. No habiendo tendencia á supuración, se descarta la osteítis fímica, y no teniendo antecedentes y siendo el Wassermann negativo, se excluye la sífilis, diagnosticando lo que desde un principio nos había parecido: un osteosarcoma. La radiografía mostrando las mallas de tejido esponjoso ensanchadas,

y limpio el contorno óseo, nos confirma el diagnóstico, localizando la afección en la extremidad inferior del fémur.

El 15 de Marzo, previo consentimiento del enfermo, se procede á la operación de la manera siguiente: incisión en herradura abierta hacia arriba, como la de Makenzie; abierta la articulación, se levanta la rótula con el cuádriceps, poniendo al descubierto una considerable extensión de fémur; disecados los colgajos de partes blandas que le rodean, se corta con la sierra de cadena á diez y ocho centímetros por encima de la interlínea articular, separando el fémur con su periostio; ligados los vasos que lo requieren, se rellena con gasa la herida, y procedemos á obtener un trozo de peroné, provisto de su periostio de catorce centímetros de longitud. Cubierta la pierna con paños esterilizados, implantamos al injerto obtenido en la cavidad medular del fémur, por una parte, y en el platillo tibial, por otra; adaptamos mediante sutura profunda los planos musculares al hueso trasplantado, y terminamos con la sutura superficial de la herida del muslo y con la hemostasia definitiva, y sutura de la pierna. Trasladado á la cama, se le pone en extensión continua. Las heridas curan bien, y el día 5 de Mayo se le da el alta, conservando su pierna con el peroné trasplantado unido al fémur y muy engrosado, pero con una pseudoartrosis en la unión del injerto con el platillo tibial. Se construye un aparato que le inmoviliza la pierna sobre el muslo, y así llega á sostenerse sólo y á andar con bastón y bota de alza en el lado enfermo, pues la extremidad ha quedado un poco más corta.

En estas condiciones continúa mejorando; pero en el mes de Septiembre del mismo año le aparece un punto fluctuante, y empieza á sentir dolores en la extremidad, que van seguidos de alteración del estado general, por lo cual, y viendo que se trata de un caso de reproducción de tumor, procedemos inmediatamente á amputar el muslo en su parte alta. Las partes blandas se encontraron infiltradas por la neoplasia; pero estudiando la pieza anatómica, puedo comprobar la admirable consolidación del trasplantado á expensas de un callo de unión en el extremo superior, siendo, además, notable el grado de engrosamiento á que el peroné había llegado, ya que se presentaba de un espesor sólo un poco menor que el del fémur.

*Observación núm. 6.*—El 26 de Marzo de 1916 ingresa en la cama 26 de la sala 18 el enfermo F. D. M., de veinticinco años de

edad, natural de Tórtoles (Avila), con una espina ventosa de la primera falange del dedo índice izquierdo fistulizada. El enfermo presenta un buen resultado general, pero además de las lesiones de la falange hay en la raíz del dedo infiltración inflamatoria crónica de los tejidos blandos de la cara dorsal. La exploración no descubre en el organismo ningún otro foco tuberculoso, y proponemos al enfermo una operación conservadora, que es aceptada, á reserva de que un resultado poco satisfactorio nos hiciera decidir la amputación del dedo.

El día 14 de Abril se procede á la intervención, que consiste en extirpar la falange proximal del índice izquierdo, circunscribiendo, entre dos incisiones curvas, todos los tejidos enfermos de la cara dorsal, donde desaguan las fistulas. Hecho esto, las dos últimas falanges quedan unidas á la mano por un puente de tejidos blandos en la cara palmar; se hace hemostasia, se rellena la herida con gasa y se somete á compresión; entretanto, se procede á la segunda parte de la operación, consistente en la obtención del injerto constituido por la primera falange del segundo dedo del pie izquierdo, que, extirpada por medio de una incisión dorsal, es después trasladada á la cavidad que en la mano ha dejado la extracción del hueso enfermo. Al colocar el injerto la hemostasia es ya completa, y sólo nos resta cubrir la cara dorsal, para lo cual primeramente desdoblamos el tendón correspondiente del extensor en su porción proximal, y alargado de este modo, se anastomosa con su parte distal. Después, trazamos un colgajo de piel y tejido celular del dorso de la mano con pedículo interno, y por torsión lo trasladamos al dorso de la primera falange, sujetándolo con algunos puntos de sutura y cerrando el espacio de donde se tomó la plastia cutánea. Sutura de la herida del pie y vendaje con colocación de manopla.

A los cinco días se inició una inflamación con exudación abundante, lo cual no nos extrañó, dado el campo séptico en que se practicó la operación; pero en virtud de curas detenidas cesó la supuración, y el 26 de Mayo fué dado de alta el enfermo, á petición propia, con la herida no completamente cerrada, pero sin dolores y en vías de franca é indudable curación. La falange trasplantada estaba completamente adherida á los tejidos blandos circundantes y conservaba alguna movilidad sobre los huesos próximos.

*Observación núm. 7.*—V. P. J., natural de Utrillas (Soria), de veinticinco años de edad, ingresó el 10 de Agosto de 1916 en la cama 32 de la sala 18. Hace tres meses, según refiere, sufrió una caída por una escalera, dándose un golpe en la cadera, y desde entonces está imposibilitado de mover la pierna. Los signos clínicos y radiográficos nos descubren una fractura del cuello quirúrgico del fémur derecho. Le proponemos una operación, que acepta después de algunas aclaraciones, y le practicamos en 1.º de Septiembre una trasplatación de un segmento de peroné, en las mismas condiciones que en el caso descrito anteriormente, variando solamente la incisión, que la hacemos en la prolongación del eje del fémur. Curación por primera intención, y pudiendo observarse los efectos del injerto al mes y medio, puesto que el enfermo levantaba sin dificultad el miembro lesionado del plano de la cama, y siendo dado de alta, por curación, á los tres meses.

*Observación núm. 8.*—Sala 7, cama 27.—A. V. F., natural de la Hiruela (Jaén), de veinticuatro años de edad, ingresó el 1.º de Septiembre del 1916, con una pseudoastrais de la pierna derecha. Se le operó el 5 de Septiembre, practicándole una operación de Mueller en las mismas condiciones que las descritas en otra observación análoga. La herida operatoria curó por primera intención, y la pierna fué recobrando la solidez ósea necesaria para la función, saliendo el enfermo completamente curado á los dos meses.

Las *observaciones 9, 10, 11, 12 y 13* se refieren á enfermos operados de mal de Pott, por el método de Albee, y presentaron todos un curso post-operatorio normal, á excepción de uno de ellos, una niña de cuatro años, que tuvo una supuración en el foco operatorio, y hubo necesidad de quitar el injerto. No se dan más detalles de estos casos, porque carecen de interés, siendo sus historias clínicas semejantes á las descritas de enfermos similares.

*Observación núm. 14.*—Es la de un enfermo cuyo nombre ignoro, prisionero ruso que fué operado por mí en el Garnisson Spital, núm 2, de Viena. El enfermo pertenecía á la Clínica del distinguido cirujano Dr. Osser, y padecía una pérdida de substancia ósea de la región parietal del cráneo, aproximadamente como una moneda de 10 céntimos, consecutiva á herida por arma de fuego. El contenido craneal adherido á la piel y propulsado formaba hernia á su través. La operación, practicada á primeros de

Julio de 1917, consistió en una incisión amplia en herradura, de base inferior, circunscribiendo ampliamente la pérdida de substancia; se disecó hacia abajo el cuero cabelludo, dejando el periostio pegado al hueso, y al llegar á la adherencia de la piel con las meninges se hizo una cuidadosa separación, y conservando casi todo el tejido cicatricial pegado á la piel. Se refrescaron con un periostótomo los bordes de la abertura ósea, é inmediatamente se talló un colgajo osteo-perióstico del mismo tamaño que la pérdida de substancia, sirviéndome para ello de un escoplo fino y un martillo. Levantado el colgajo del pedículo perióstico inferior, se aplicó sobre el orificio parietal con la cara perióstica hacia dentro, según el procedimiento de von Hacker, sujetando esta membrana del trasplantado á la marginal por unos puntos de sutura. La oclusión de la herida de las partes blandas, mediante la reaplicación del colgajo de cuero cabelludo levantado, terminó la operación.

Curso post-operatorio, normal; curación.

*Observación núm. 15.*—J. M., de diez y seis años de edad, ingresó en la sala 17, cama 17, en Marzo del año corriente, con una fractura defectuosamente consolidada del muslo con gran acortamiento. La radiografía nos mostró una línea de fractura muy oblicua y un callo muy grueso. Decidimos la operación, que consistió en deshacer la fractura, separando los fragmentos y refrescando sus extremidades para favorecer su unión. Los músculos, sumamente retraídos, impedían la exacta aposición de los huesos; pero apalancando, se logró colocarlos en una situación satisfactoria. Aun cuando se trataba de un sujeto joven y, por lo tanto, con buena aptitud osteogénica, como se habían producido extensos desprendimientos periósticos al preparar los extremos del hueso fracturado, se juzgó prudente facilitar la formación del callo, mediante la implantación en la cavidad medular, y entre ambos fragmentos de un injerto de peroné, que se obtuvo según la técnica descrita en otro lugar. Terminada la intervención, se colocó un enyesado y se llevó el enfermo á la cama. El curso post-operatorio fué muy bueno en un principio; pero al mes de operado, un día apareció el enfermo febril y con dolores en el muslo y edema en la parte operada; la herida estaba cerrada ya; pero éstos eran signos evidentes de infección, y nos decidimos á abrir, dando salida á una colección purulenta. Estábamos ante un caso de los llamados por Kocher *Implantations infekions*, que consisten en la localización micro-



biana tardía alrededor de cuerpos extraños, y esto ya indicaba bastante respecto á la suerte ulterior del trasplantado. En efecto, haciéndose la supuración inagotable, decidimos una segunda intervención, que consistió en extraer el injerto, manteniendo en contacto los extremos fracturados. El enfermo, en vías de franca curación, se encuentra en la clínica, de donde espero que pronto saldrá curado.

FIDEL PAGÉS

Madrid, Agosto 1918.



## FENOMENOLOGIA DE LA SUGESTIÓN HIPNÓTICA

Fragmento de un capítulo de la obra «Hipnotismo é Hipnoterapia» del Dr. Camino, que aparecerá en los últimos días del presente mes.

La sugestión hipnótica, ó, por mejor decir, el llamado estado de *sugestividad*, al entrar en acción y exteriorizarse en un sujeto, lo hace casi siempre mediante un conjunto de extraños y curiosos fenómenos, dignos de mayor atención y estudio que los que hasta la fecha se los viene prodigando.

Entre estos científicos, y al parecer misteriosos fenómenos, existen unos que ha mucho tiempo han sido admitidos y legalmente sancionados por todos los hombres de ciencia; me refiero al sueño, letargia, catalepsia, anestesia, muerte aparente y sonambulismo, propiamente hipnóticos.

En cambio, existen otros: cual *la transmisión del pensamiento, telepatía, clarividencia espiritismo*, que aún no han sido acogidos plenamente en el seno de la verdadera ciencia, la cual hasta cierto punto se muestra, y con razón, bastante reservada é incrédula respecto á las numerosas teorías y pruebas aducidas sobre la génesis y realidad de los mismos.

.....

El estudio y exposición completa de todos estos fenómenos ocuparía, probablemente, un solo número de esta REVISTA, y por

este motivo nos limitaremos á copiar solamente de la referida obra lo que el Dr. Camino Galicia dice respecto á la *muerte hipnótica aparente*.

*Sugestividad con muerte aparente*.—Algunas veces, en el curso de una hipnotización os veréis desagradablemente sorprendidos ante un sujeto que, después de vuestras manipulaciones hipnóticas, cae en un estado inhibitorio, tan profundo de todas sus funciones, tanto vegetativas como de relación, que más bien que ante un hipnotizado os parecerá hallaros ante un verdadero muerto.

*Génesis*.—Este extraño fenómeno, que puede ó no aparecer espontánea ó provocadamente durante una sesión hipnótica, según las condiciones del práctico y la predisposición psiconerviosa del sujeto, no reconoce otra génesis que la que á continuación vamos á exponer.

Ya dejamos indicado en otro lugar que la función sugestiva, al desarrollarse y extender su radio de acción sobre el resto de las funciones psiconerviosas, lo hace impresionando éstas mediante dos clases de influencias sugestivas: una, esatatriz, y otra, inhibitoria. Mas en el fenómeno que nos ocupa (al igual que dejamos dicho para el sueño y letargia), sólo sería ejercida y puesta en acción la influencia inhibitoria; pero con la diferencia que mientras que para estos estados, según dijimos, dicha influencia iría á obrar única y exclusivamente y en un grado casi preciso y seguro sobre ciertas y determinadas funciones nerviosas (especialmente las psíquicas); aquí, en el fenómeno de *muerte hipnótica aparente*, la inhibición sugestiva llegaría además á ejercer su acción, y en grado más intenso y duradero, no sólo sobre todas las funciones psicomotosensitivas y sensoriales del sujeto, sino también sobre los centros nerviosos encarnadores de las funciones secretorias, respiratoria y cardíaca.

El sujeto así colocado se nos presentará unas veces afecto de sueño, otras de letargia, otras de catalepsia, y otras, en fin, participando de todos estos fenómenos á la vez; pero en todos los casos estas manifestaciones serán tan intensas, que el individuo no nos dará la impresión de un dormido ni de un hipnotizado, sino que (aunque no lo esté) su aspecto será el de un verdadero cadáver.

Y, en efecto, su inmovilidad es absoluta; si tratamos de levantarle un miembro, éste cae unas veces por su propio peso apenas le soltamos, pero otras se mantendrá en la actitud que queramos

darle; la anestesia para el dolor, temperatura y contactos es completa, no hay excitabilidad neuromuscular ni reflejos, y por más que nos esforcemos en llamar, gritar y zarandear al individuo para que despierte y se ponga en comunicación con nosotros, no nos responderá; su fisonomía es impassible y rígida; levantándole un párpado, éste suele quedarse entreabierto algún tiempo; el globo ocular se halla insensible é inmóvil; las pupilas, unas veces aparecen dilatadas y otras intensamente contraídas; la piel ofrece una marcada tendencia al enfriamiento; el pulso y la respiración se hacen tan débiles, que llegan algunas veces á hacerse imperceptibles, y en esta situación el sujeto puede permanecer desde unas horas hasta muchos días, durante los cuales, además, ni reclama ni exige alimentos ni bebidas, ni verifica sus funciones urinarias ni defecatorias; todo, en fin, se reúne para que el cuadro de la muerte haga su ostentosa aparición.

Mas, á pesar de esto, la muerte real no existe en estos casos; inhibidas más ó menos intensa y pasajeraente por acción sugestiva las altas funciones de la vida, ésta parece reconcentrarse y aislarse en su manifestación más esencial y primitiva; esto es, en la célula, que libre en este caso de toda exigencia funcional especial, se limitaría á vivir casi independientemente á expensas de sus propios jugos ó de sus inmediatos, y, por tanto, sus exigencias en ingesta y excreta hacia el intercambio nutritivo serían infinitamente menores que en estado normal; y, en consecuencia con esto, fácilmente se comprenderá que, durante todo el tiempo que dure este estado de muerte simulada, la circulación, la respiración, la nutrición, etc., existirán concentradas en la vida íntima de los tejidos, y, por tanto, las manifestaciones externas de estas funciones llegarán á hacerse tan escasas, que momentos habrá en que, por lo menos, si no se hallan anuladas, aparezcan imperceptibles ante nuestros sentidos; pero de un modo ó de otro, al fin y al cabo, existirán en el sujeto, contribuyendo al sostenimiento de su organismo durante todo el tiempo que permanezcan inhibidas sus funciones vegetativas y de relación.

Estos estados de muerte aparente hipnótica suelen aparecer pocas veces en la práctica; pero cuando ocurren son los que verdaderamente alarman á la familia de los hipnotizados, y ponen en serio compromiso al hipnotizador, sobre todo si éste fuera un ignorante respecto al fin y consecuencia de los mismos.

Ya dejo dicho que el estado de muerte simulada en un hipnotizado, lo mismo puede durar unas horas que unos días (1); pero en todos los casos el fenómeno se resuelve espontánea y casi siempre favorablemente para el enfermo, hasta el punto que sujetos afectos de parálisis intensas y de muy larga duración (histéricas), se han visto sorprendidos, al despertar de su muerte hipnótica aparente, con la desaparición completa de las mismas, cosa que muchas veces no se consigue en varias sesiones hipnóticas corrientes.\*

Por tanto, en estos casos, el hipnotizador se revestirá de la mayor prudencia, serenidad y autoridad científica para tranquilizar á las familias, recurriendo siempre al signo cierto que las inyecciones de *fluorescetina* (2) proporcionan en todos aquellos casos en que se duda si la muerte es real ó aparente; de este modo nunca se cometerá la imprudencia de autorizar (como algunas veces ha ocurrido en los casos de muerte aparente, no hipnótica, que luego expondremos) el enterramiento de un individuo aparentemente muerto, y que, sin embargo, vive; y si procuraremos, á cambio de esto, sostener por todos los medios las energías (inyecciones de suero artificial, aceite alcanforado, enemas alimenticios, etcétera) del sujeto durante todo el tiempo que pueda permanecer sumido en este estado.

Voy ahora á citar dos ejemplos entre los varios que pertenecen á esta cuestión pude observar y comprobar en mi práctica:

Estudiaba yo el sexto año de Medicina, y una tarde fui requerido por varios de mis discípulos para hipnotizar á una histérica que llevaba diez meses postrada en una cama del Hospital Provincial, á causa de una fuerte y rebelde contractura en la extremidad abdominal derecha.

Mis compañeros me manifestaron que si lograba hipnotizar á esta enferma alcanzaria un éxito ruidoso, ya que algunos Médicos y alumnos internos de dicho establecimiento lo habían intentado sin conseguirlo.

Movido por este acicate, encontrándome yo entonces en los

---

(1) Casos se registran de haber permanecido un sujeto sumido en muerte aparente de diez á veinte días.

(2) O á los más modernos que nuestro ilustre y laborioso Catedrático de Medicina legal, de Granada, Dr. Lecha-Marzo, ha publicado recientemente sobre este asunto.

albores de estos estudios y hambriento de sorpresas hipnóticas, acepté, y en unión de cinco ó seis condiscípulos me dirigí á la sala del referido Hospital, donde se hallaba la enferma en cuestión.

Eran las siete de la tarde cuando rodeábamos la cama de la enferma en unión de dos ó tres monjas y de algunos enfermeros; ante todos ellos procedí á la hipnotización de la enferma mediante el proceder de la fijación de la mirada; pero viendo que con este medio no conseguía mi objeto, cambié de método y procedí á ejercitar sobre ella fuertes presiones sobre su vertex, alternadas con pases y presiones sobre sus globos oculares; al mismo tiempo la repetía monótonamente la palabra «duerme»; media hora duraron estas manipulaciones, al cabo de las cuales, y después de observar y reconocer escrupulosamente á la enferma, todos allí presentes me preguntaron si estaba ya hipnotizada; mi contestación fué la siguiente:

Compañeros, yo no sé si está hipnotizada ó está muerta. Algunos de éstos, los más ignorantes respecto al fenómeno, con mucho disímulo desaparecieron de la sala; dos de ellos procedieron á comprobar si la enferma vivía ó no, y como no las tuvieran todas consigo, optaron también por marcharse, dejándome á mí solo con la enferma, dos Hermanas de la Caridad y un enfermero; confieso que ante aquel caso, para mí nuevo, en mí aun entonces corta experiencia, mi situación fué de verdadera angustia é intranquilidad, tanto mayor, cuanto que después de haber estado cerca de tres horas procurando despertar á la enferma, por todos los medios habidos y por haber, ésta no volvía en sí, en vista de lo cual decidí marcharme á mi casa, convencido, sí, de que vivía (pues su pulso y su respiración, aunque muy imperceptibles, momentos había que se percibían claramente), pero no de que la prolongación de aquel estado pudiera conducirla á la muerte real.

En mi casa procuré olvidar el caso y conciliar el sueño; mas me fué imposible, pues mi intranquilidad y curiosidad aumentaban por momentos, hasta el punto que á las dos de la madrugada me dirigí nuevamente al Hospital á ver cómo seguía la enferma. La encontré en la misma actitud que la había dejado; esto es, como si realmente pareciese un cadáver; después de esto, yo sólo ansiaba que llegase el día, á fin de poder consultar el caso á alguno de mis sabios Catedráticos, y, efectivamente, á las ocho y

media de la mañana, hora de nuestra primera clase (Medicina legal), esperé impaciente á la puerta de San Carlos (llegada de nuestro paternal y sabio maestro, D. Tomás Maestro, á quien me dirigí apenas divisé cuesta de Atocha abajo, contándole de «pe á pa», el caso ocurrido, y solicitando de su ciencia me indicase si él conocía algún procedimiento para volver en sí aquella enferma, pues yo todos los había agotado inútilmente; D. Tomás se sonrió con esa sonrisa bonachona, peculiar de él, y me contestó: — Ahora cuando entremos en clase hablaremos del caso.

Pendientes todos los alumnos de la voz del maestro, éste nos dió una de sus brillantes conferencias sobre los fenómenos de la muerte simulada, y terminó diciéndonos: Un alumno se me ha acercado consultándome un caso de muerte aparente, que le ha ocurrido con una enferma en el curso de una hipnotización; comprendo la situación de apuro de dicho alumno, y lo mismo la que experimentará cualquier principiante en las prácticas hipnóticas, ante la presencia de un fenómeno de esta índole; si alguna vez en vuestra práctica os viéreis ante casos semejantes, conviene que no os amilanéis y hagáis valer siempre ante la familia del sujeto vuestra autoridad y seriedad científica, y convencidos por los elementos diagnósticos que os he explicado, de que la muerte real no existe, permanecer y esperar tranquilos, sin molestar al enfermo con nuevas tentativas de deshipnotización; porque dicho estado de muerte aparente hipnótico al cabo de un tiempo X, termina por sí solo, y sin consecuencia funesta alguna para el enfermo.

Efectivamente, yo, siguiendo este consejo, me limité después, nuevamente, á seguir observando la enferma, la cual permaneció sumida en estado de muerte aparente cerca de treinta horas, al cabo de las cuales despertó cual si lo hiciera de un sueño repador y tranquilo; pero mi sorpresa fué al notar que las contracturas histéricas de sus pies habían cedido notablemente y que la permitieron dar algunos pasos.

(Concluirá.)

---

## V A R I E D A D E S

---

Ha sido ascendido al empleo de Inspector Médico de primera clase, y nombrado para ejercer el cargo en la Inspección de Sanidad Militar de la segunda Región, el Excmo. Sr. D. José Zapico Alvarez, que hasta su ascenso ha desempeñado la Jefatura de la Sección del Cuerpo en el Ministerio de la Guerra.

Enviamos á nuestro respetable Sr. Inspector la más cordial enhorabuena.

\*  
\* \*

Por Reales decretos de 11 del presente mes han sido nombrados, respectivamente, Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región y Jefe de Sección del Ministerio de la Guerra, los Excelentísimos Sres. D. Casto López Brea y D. Federico Urquidi y Albillo.

\*  
\* \*

Han pasado á la Sección de Reserva, con el empleo de Inspectores Médicos de segunda clase, los Coroneles de nuestro Cuerpo, Ilmo. Sr. D. José Clairac Blasco y Sres. D. Rafael López Jiménez y D. Pedro Cardin Cruz. Asimismo, el Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Narciso Francolí Armengol ha sido ascendido al empleo de Inspector Farmacéutico de segunda clase, en situación de primera reserva.

Nuestra sincera enhorabuena.

\*  
\* \*

A última hora se ha confirmado oficialmente el aplazamiento del I Congreso Nacional de Medicina, que se celebrará en el mes de Abril, en vez de en la fecha para la que estaba anunciado.

\*  
\* \*

Hemos tenido el gusto de saludar á nuestro querido compañero el Capitán Médico D. Francisco Luque, que ha regresado con licencia de la comisión que desempeña en el extranjero.

\*  
\* \*

El día 21 de Septiembre último terminaron las oposiciones á ingreso en la Academia de Sanidad Militar. De las 93 instancias presentadas, una fué retirada antes del sorteo, quedando en consecuencia 92 aspirantes, que obtuvieron el siguiente resultado en los ejercicios: no presentados, 8; retirados, 11; desaprobados, 49; aprobados y propuestos a la Superioridad para el empleo de Médico-alumno, 24.

\*  
\* \*

Han empezado á publicarse en el *Diario Oficial* del Ministerio de la Guerra las concesiones de Cruces y Placas de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo, á Jefes de nuestro Cuerpo.

---

## PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

---

### **Desratización y desinfección de locales de pequeñas dimensiones.**—

Los grandes aparatos de vapores sulfurosos se destinan, como es sabido, á las operaciones sanitarias de cierta importancia; pero para obtener la acción insecticida ó desratizante en un local de algunos metros cúbicos, precisa valerse de medios más modestos. El Dr Boinain hace construir un «sulfógeno» que produzca los vapores sulfurosos mediante el anhídrido sulfuroso líquido (procedimiento más económico y menos peligroso, sobre todo en los buques, que la combustión del azufre). El aparato es de acero; el tipo corriente contiene 1.290 gramos de anhídrido sulfuroso, y permite tratar con eficacia 18 metros cúbicos, volumen medio de una habitación á bordo ó de una cámara. Se procede á la obturación del local y se coloca en medio de la habitación, ó bien se opera desde el exterior, haciendo pasar el tubo proyector por el agujero de la ce-

rradura; una vez que la totalidad del líquido se ha volatilizado (en cinco minutos próximamente), la duración del contacto para destruir las ratas es de dos horas, siendo mayor el tiempo necesario para destruir los insectos.

Las organizaciones sanitarias á bordo y en tierra deberían disponer de compartimientos susceptibles de ser cerrados herméticamente, en los cuales la desratización y la desinfección (la de los objetos infectados ó sospechosos en caso de tifus, por ejemplo) sería obtenido de este modo á razón de 70 gramos de anhídrido sulfuroso líquido por metro cúbico, representando una concentración de 310.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Navales*. Mars 1918.)—*J. P.*

\*  
\* \*

**Sobre una preparación secreta de parafina «l'ambrina». El medio de acción del compuesto parafina-gu-**



**tapercha.**—El autor da la fórmula de un producto que puede emplearse en iguales condiciones que la ambrina, y que se prepara con arreglo á la fórmula siguiente:

Parafina de 48-49°.. 100 gramos.  
Gutapercha natural.. 3 »

Forma en que la acción terapéutica de este compuesto ha sido experimentada por el autor desde 1917. Se utiliza del siguiente modo: Se hace fundir á fuego lento; después, el líquido obtenido se extiende todavía caliente, por medio de un pincel, sobre las quemaduras ó heridas previamente limpias y secas. Se obtiene así una película fina, fijándose el líquido por enfriamiento. Se ponen varias capas, una sobre otra, incorporando un poco de algodón para hacer sólida esta membrana protectora; y esto es todo. Téngase en cuenta que la mezcla parafina-guta puede tener 80° cuando se extiende sobre la epidermis, sin que produzca quemadura. Un dedo sumergido en este líquido á igual temperatura puede permanecer sin experimentar dolor durante horas, mientras que agua á 80° quemaría instantáneamente. Para comprender este fenómeno, así como toda la acción terapéutica de la parafina-guta, es preciso conocer la fisicoquímica.—(Del *Mon. de Far. y Ter.*)—A. Eug. Robert.

\* \* \*

**Sobre un nuevo método de conservación de substancias animales y vegetales con la ayuda de los gases asfixiantes.**—El Dr. L. Mónaco,

haciendo observaciones sobre los gases asfixiantes, estudió la influencia que ejercen sobre la momificación y conservación de las substancias animales y vegetales.

Colocó bajo una campana, á la cual hizo llegar el gas que trataba de examinar, animales pequeños ó partes de otros más grandes, notando que los gases eran absorbidos por los tejidos; después extrajo los pedazos al cabo de veinticuatro horas, y pudo comprobar la deshidratación y la momificación consecutiva, sin que hubiese habido putrefacción. Dejándoles, por el contrario, bajo la campana, conservaban su color y grosor naturales sin descomponerse.

La imputrescibilidad es evidentemente debida á la combinación establecida entre las substancias y el gas, que hace que aquéllas no ofrezcan un terreno de cultivo propicio á los gérmenes.

Las hortalizas y los frutos se desecan bajo la acción del gas, y disminuyen notablemente de volumen, dero su sabor no cambia.

Este método, rápido y poco costoso, puede ser aplicado para la conservación de cadáveres y de colecciones anatómicas ó anatomopatológicas y en los museos zoológicos, etcétera. Desde el punto de vista industrial, puede servir como medio de desecación de substancias orgánicas; los huevos, las legumbres y las frutas pueden resistir largos viajes sin que su sabor se resienta, pues los gases empleados de este modo no conservan propiedades tóxicas ni dan mal gusto.—(*L'Igiene Moderna.*)—J. P.

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

**Adissonismo de guerra.** — Raymond y François refieren que las fatigas de la guerra actual provocan un surmenage de las cápsulas suprarrenales que puede conducir á la insuficiencia suprarrenal; un gran número de casos ha sido señalados en la literatura médica. Tal surmenage de las cápsulas suprarrenales favorece la localización sobre la glándula de la infección tuberculosa, de donde la frecuencia anormal de la enfermedad de Addison entre los militares.

La afección es sobre todo frecuente á partir de los treinta años, y no se encuentra más que entre los militares que han permanecido mucho tiempo en el frente.

Esta suprarrenalidad crónica es casi siempre tuberculosa, como en tiempo de paz, y no existe en los enfermos de antecedentes tuberculosos clínicos.

El adissonismo de guerra se presenta bajo dos formas clínicas: la forma clásica, que no ofrece ninguna nueva particularidad, pero que, sin embargo, diferiría del adissonismo de paz por anomalías de la tensión arterial y de la tara suprarrenal. La tensión arterial es normal durante largo tiempo, y no desciende de la media hasta el período terminal. Su estudio, por lo tanto, no permite hacer un diagnóstico precoz.

El valor de la línea blanca de Sergent está sujeto á variaciones.

Otra particularidad digna de llamar la atención es la tendencia ma-

nifiesta de los adissonianos de guerra á la reacción tiroidiana; existe á veces coincidencia con la enfermedad de Basedow.

La forma frustrada presenta como carácter dominante la astenia. El pronóstico es grave, algo más benigno en las asociaciones adisobasedowianas.

La medicación suprarrenal y tiroidiana mejoró un caso.—(*Bull. et Mem. Soc. Méd. des Hôp. de Paris.*)—*J. P.*

\* \* \*

**Las gaugrenas por tortor. Las hemorragias y su tratamiento en el puesto de socorro regimental,** por M. Bertein, Médico jefe de ambulancia.—Censura el autor el inmoderado empleo que se hace de los lazos constrictores para el tratamiento de las hemorragias en primera línea, á pesar de lo conocidos que son de todos los perniciosos efectos de su empleo.

Además, lejos de haberse perfeccionado la técnica de su aplicación, parece que hemos abandonado las prescripciones antiguas en lo que tenían de beneficiosas. Hoy día es raro, dice el autor, ver llegar á los puestos de socorro regimentales aquellos apósitos de constricción local en que un cuerpo duro, comprimido contra los vasos por un vendaje, cohibía la hemorragia sin lacerar los tejidos blandos del resto del miembro. La precipitación del combate, restando el tiempo necesario para toda maniobra complicada, y

reservando la intervención del médico para aquellos casos cuya magnitud no está al alcance del practicante ó del camillero, ha puesto el tortor en manos de éstos, con visible perjuicio para el herido. En la actualidad, es un bramante ó una tira de fuerte lienzo lo que emplean los camilleros para detener la sangre de un miembro lesionado, y, ciertamente, que con frecuencia se ven casos de aplicación innecesaria de este medio, mucho más peligroso, como se comprende, que los antiguos apósitos de compresión, pues al comprimir violentamente toda la circunferencia del miembro producen una isquemia absoluta en el sector situado por debajo, que muy pronto se hace asiento de todas las alteraciones anatomopatológicas de la gangrena húmeda.

Sin embargo, como afirma el autor, son raros los casos en que la aplicación de estos medios se halle indicada, pues las heridas de grandes vasos producen hemorragias tan fulminantes que no hay tiempo de remediarlas, y por otra parte, las hemorragias difusas que son las que, alarmando á los camilleros, motivan la aplicación de medios constrictivos, pueden ser objeto de la aplicación de medios más suaves y más en armonía con las tendencias conservadoras de la cirugía moderna de campaña.

Hay que tener en cuenta también que los proyectiles modernos, sobre todo los grandes proyectiles, como cascos de granada, etc., no producen sobre nuestros tejidos la misma acción que las balas antiguas. Aquéllos pueden lesionar un vaso sin que nada al exterior traduzca

la participación vascular de la herida; la arteria queda aplastada, como si hubiera sido cogida entre los bocados de un angiotribo; de modo que, como dice el autor, el mismo proyectil que causa la lesión aplica el remedio. Esta clase de lesiones ha sido observada con mucha frecuencia en esta guerra, y en realidad, no necesitan la aplicación del lazo constrictor para detener la pérdida de sangre, pues, como hemos dicho, son heridas blancas, que se descubren accidentalmente en la ambulancia en el curso de un desbridamiento.

En otras ocasiones, se trata de un hematoma que, ejerciendo presión sobre el vaso sangrante, llega á obliterarlo temporalmente, haciendo inútil el uso del tortor.

En resumen, dice el autor que muy raras veces está indicada la aplicación de lazos constrictores y aun la de ligaduras arteriales en las formaciones de primera línea y en casos de heridas de regiones vasculares, así como también en los de fracturas, que hacen posible la lesión durante un cambio de posición de los fragmentos de las arterias; aconseja el remedio propuesto por Fiolle, que consiste en colocar preventivamente un lazo alrededor y por encima del sitio herido, que sólo se apretará en los casos en que el desprendimiento de un coágulo ó la puntura de un vaso por una esquirla den lugar á una hemorragia fulminante que haga necesaria la constricción, estando encargados de esto los camilleros que hacen el transporte del herido.—(*Arch. de Méd. et Farm. Mil.*).

## BIBLIOGRAFÍA

---

**Las enfermedades y las flores, ó las flores y las enfermedades.**

Conferencia pronunciada por el Dr. D. Ricardo Royo Villanova, ante la Asociación Médico-Escolar de Zaragoza.

El autor, que siempre ha mostrado la rara habilidad de tratar todos los asuntos médicos bajo un aspecto literario que despierta un gran atractivo, ha hecho en el folleto de que damos noticia un verdadero derroche de ingenio al estudiar en todos sus aspectos el tema que le encabeza.

Con copiosa erudición describe la virtud terapéutica de muchas flores, en su bello trabajo literario, que proporcionará un buen rato de solaz intelectual á quien, aficionado á esta clase de lecturas, tenga la suerte de poseerlo.



## SECCIÓN OFICIAL

---

- 21 Agosto. . . .—Real orden (*D. O.* núm. 205) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Comandante Médico D. Adolfo Azoy Alcaide, y por los Capitanes Médicos D. Saulo Casado Velázquez y D. Gregorio Fernández.
- 29       »       Real orden (*D. O.* núm. 206) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Teniente coronel Médico D. Francisco Alberico Almagro; Comandantes Médicos D. Amador Hernández Alonso, D. Luis Rubio Janini y D. Pedro Boutheller Saldaña, y Capitanes Médicos D. Jerónimo Forteza Martí y D. Bernardo Lizaur y de la Calle.
- 3 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 210) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Comandantes Médicos D. Amador Hernández Alonso y D. Luis Rubio Janini, y el Capitán Médico D. Bernardo Lizaur y de la Calle.
- »       »       Real orden (*D. O.* núm. 208) declarando indemnizable

- Las comisiones desempeñadas por el Comandante Médico D. Eliseo Rodríguez Sayans, y por los Capitanes Médicos D. Adolfo Chamorro Lobo, D. Juan Pomar Taboada y D. José González Vidal.
- 5 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 213) declarando indemnizable la comisión desempeñada por el Capitán Médico don Antonio Sánchez Reyes.
- 10       »       Real orden (*D. O.* núm. 205) concediendo al Farmacéutico mayor D. Miguel Rivera Ocaña la gratificación de efectividad de 500 pesetas anuales por un quinquenio.
- 11       »       Real decreto (*D. O.* núm. 206) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la segunda Región al Inspector Médico de primera clase D. José Zapico Alvarez.
- »       »       Real decreto (*D. O.* núm. 206) nombrando Inspector de Sanidad Militar de la cuarta Región al Inspector Médico de primera clase D. Casto López Brea.
- »       »       Real decreto (*D. O.* núm. 206) nombrando Jefe de Sección del Ministerio de la Guerra al Inspector Médico de segunda clase D. Federico Urquidí Albillo.
- »       »       Real orden (*D. O.* núm. 207) estableciendo, con carácter permanente, para el ganado del Ejército de Africa, la ración normal de campaña, compuesta de cinco kilogramos de cebada y cinco de paja, sobre la cual puede el General en Jefe conceder un aumento de uno ó dos quintos, según los casos.
- 13       »       Real orden (*D. O.* núm. 207) disponiendo que el Comandante Médico D. José Huesa Bueno cese en el destino de Ayudante de Campo del Inspector Médico D. José Zapico Alvarez, quedando en situación de disponible en la primera Región.
- 14       »       Real orden (*D. O.* núm. 208) nombrando Ayudante de Campo del Inspector Médico de primera clase D. José Zapico Alvarez al Teniente coronel Médico D. Antonio Martínez Carvajal y Camino.
- »       »       Real orden (*D. O.* núm. 208) nombrando Ayudante de Campo del Inspector Médico de segunda clase D. Federico Urquidí Albillo al Comandante Médico D. José Huesa Bueno.
- »       »       Real orden (*D. O.* núm. 209) declarando indemnizables las

comisiones desempeñadas por los Comandantes Médicos D. Francisco García Barsala y D. José Luis Saavedra, y los Capitanes Médicos D. José Rodríguez Castillo y D. Juan Cerrada Forés.

16 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 210) aprobando la propuesta del Capitán general de la octava Región para que desempeñe interinamente el cargo de Observación ante la Comisión mixta de Reclutamiento de Orense el Capitán Médico D. Enrique González Rico.

17       »       Real orden (*D. O.* núm. 210) autorizando al Inspector Farmacéutico de segunda, en situación de primera reserva, D. Narciso Francoli y Armengol, para fijar su residencia en Málaga.

»       »       Real orden (*D. O.* núm. 210) designando para la asistencia al curso de ampliación de estudios de Bacteriología y Análisis, que ha de dar principio el día 1.º de Octubre en el Instituto de Higiene Militar, á los Capitanes Médicos D. Juan Luis Subijana, D. Eulogio Muñoz Cortázar, D. Gabriel Guerra Blanco y D. Vidal Irizar Eguí.

»       »       Real orden (*D. O.* núm. 210) designando para la asistencia del curso de Oftalmología de Madrid-Carabanchel, Córdoba, Valencia, Barcelona, Pamplona, Valladolid, Ceuta y Melilla á los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:

*Tenientes coroneles Médicos:* D. Benito Villanoba Soriano y D. Pio Brezosa Tablares.

*Comandantes Médicos:* D. Emilio Fuentes Sáez Díez, D. Ramón Ruiz Martínez, D. Juan León Taboada, don Juan Roche User y D. José Bua Carón.

*Capitanes Médicos:* D. Rafael Power Alesson, don Rafael Jiménez Ruiz, D. Juan López Quelles, D. Adolfo Rincón de Arellano Lobo, D. José Cogollos Cogollos, D. Manuel Lamata Desvertrán, D. Joaquín Cotanda Llavata, D. Enrique Rocandio Martín, D. Manuel Pelayo y Martín del Hierro, D. Pedro Farreras Sempere, D. Felipe Campos Albuerne, D. José Serret y Tristauí, D. Federico Gil Acebedo, D. Blas Hidalgo Sánchez, D. Ildefonso Escalera Gómez, D. Francisco Chinchilla

Rosende, D. Jaime Frat Sole y D. Juan Ardizone Guijarro.

*Tenientes Médicos:* D. Luis Saura del Pan, D. Diego Medina Garijo, D. Vicente Vilar Martínez, D. Ignacio Fernández de Castro, D. Carlos de la Calleja Hacar, D. Fernando Plaza Gómez, D. José Espina Rull, don Manuel Noriega Muñoz, D. Angel Montoro Montoro. D. Antonio Carnero Moscoso, D. César Yaque Laurel, D. José Segoviano Rojero, D. Tomás Rallo Colandrea, D. Miguel Benzo Cano, D. Juan Arjona Trapote, don Servando Casas Fernández, D. Julián Martín Renedo, D. Antonio García Pantaleón Canis, D. Manuel Luzón Línde, D. Constantino Urcelay Martínez y D. Luis Marina Aguirre.

*Médico provisional:* D. José Rocandio Martín.

- 17 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 210) designando á los Capitanes Médicos D. José Amo Slocker y D. Abilio Conejero Ruiz para la asistencia al curso de Radiología y Electroterapia, que empezará el día 1.º de Octubre próximo en el Hospital de urgencia de esta Corte.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 210) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> Eugenia Sanz Ramírez al Capitán Médico D. Severiano Riopérez Benito.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 210) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.<sup>a</sup> Maria de las Mercedes Valmaseda López al Farmacéutico segundo D. Arturo Eyries Rupérez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 210) disponiendo la vuelta al servicio activo del Teniente coronel Médico D. Aurelio Salceda Salceda, en situación de reemplazo por enfermo, el que quedará en situación de disponible.
- 18 » Real decreto (*D. O.* núm. 211) concediendo al Coronel Médico D. Pedro Cardin Cruz el empleo de Inspector Médico de segunda clase, en situación de primera reserva.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 214). Con objeto de determinar el orden de antigüedad que corresponde á los Jefes, Oficiales y asimilados de las diferentes Armas y Cuerpos del Ejército en «situación de reserva», creada

por la ley de 29 de Junio último (*D. O.* núm. 145) para el caso de que fuesen llamados á desempeñar ciertos destinos ó á prestar servicio en campaña y maniobras, el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer:

1.º Los ingresados en la reserva acogidos á los beneficios que establece la base octava de dicha ley con el mismo empleo que disfrutaban en activo, y los retirados que sean admitidos en ella, como comprendidos en el apartado l) del epigrafe «Situación de Generales, Jefes y Oficiales», figurarán en la escala respectiva por el orden que fija la fecha del ascenso á su actual empleo en la situación de actividad.

2.º Los que hayan pasado á la situación de reserva con el empleo inmediato, por reunir las condiciones necesarias en la fecha de la ley, tendrán la antigüedad de dicha fecha, colocándose en la escala correspondiente por el orden que figuraban en las de actividad del Arma ó Cuerpo á que pertenecen.

3.º Los que perfeccionen el derecho á ascenso dentro del plazo de un año que la ley señala, tendrán la antigüedad del día en que cumplan las condiciones exigidas.

4.º Las escalas que se citan serán independientes de las activas, y se formarán por Armas ó Cuerpos, bajo la denominación de «Situación de reserva».

29 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 213) autorizando al Inspector Médico de primera clase, en situación de segunda reserva, D. José de Lacalle y Sánchez, para que traslade su residencia desde Granada á Madrid.

Real orden (*D. O.* núm. 213) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que á continuación se citan pasen á servir los destinos ó á las situaciones que se indican:

*Coroneles:* D. Marcial Martínez Capdevila, de situación de disponible en la cuarta Region, al Hospital militar de Barcelona, como Director; D. Ricardo Pérez Minguéz y Rodríguez, del Hospital militar de Burgos, al de Valladolid, como Director; D. Eduardo Semprún y Semprún, ascendido, del Hospital militar de urgencia de esta Corte, á Jefe de Sanidad Militar de Madrid