

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año I

Madrid 1.º de Septiembre de 1907

Número 17

SUMARIO

Locos disimuladores, por A. Fernández Victorio.—Desprendimiento traumático de la epifisis inferior del fémur, por V. Plaza Blanco.—El armamento moderno y el servicio de Sanidad en campaña.—*Prensa médica*: Notas sobre el tratamiento de las artritis gonorreicas por las inyecciones rectales de suero antiestreptocócico.—Tratamiento específico de la fiebre tifoidea.—El sulfato de espartefina contra la anuria postoperatoria.—La eosina como reactivo de los pigmentos biliares.—Heridas del estómago por armas de fuego.—Reclutamiento de los soldados-médicos en el Ejército alemán.—Paquete de cura individual del Ejército ruso.—El ascenso de Médicos mayores a Tenientes Coronales médicos en el Ejército inglés.—Novaspirina.—*Bibliografía*: Inmunidad de los yeseros y caleros contra la tuberculosis pulmonar.—Curación de la tuberculosis pulmonar sin medicamentos.—*Varietades*.—*Sección oficial*.

BIBLIOTECA: Inmunidad con aplicación a la higiene de las enfermedades infecciosas, por M. Martín Salazar.

SUPLEMENTOS: Manual legislativo de Sanidad Militar.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Septiembre de 1907.

LOCOS DISIMULADORES

Disimular una enfermedad, es decir, *simular* la salud, es hecho apenas observado fuera del dominio de la clínica mental. La locura es algunas veces, pocas en realidad, objeto de simulación, demostrando la experiencia, por cierto, que el simulador es siempre un alienado, un *sobresimulador*, como le denomina Ingegnieros; pero asimismo, ciertas formas de enajenación mental son susceptibles de ocultación por parte de quien las padece. Loco, pues, en el más amplio concepto de la palabra, es el simulador, y loco, claro está, el disimulador; mas mientras el primero es inconsciente acerca de su verda-

dero estado psico-morbo, quien disimula posee perfecta conciencia del mismo, dándose completa cuenta de que sus ideas son anormales, sus actos poco lógicos, y que su conducta, en fin, se separa en una ú otra forma del cauce fisiológico, inadaptándose al medio social en que vive por carecer su voluntad del poder de inhibición necesario para oponerse á dichos actos ó ideas morbosas.

Precisamente en la propia conciencia que de su locura tiene el disimulador estriba la importancia y la dificultad de su diagnóstico; que si desde el aspecto social salta á la vista la necesidad de que estos alienados no logren permanecer fuera de los asilos manicomiales, constituyendo un verdadero peligro para ellos mismos y quienes les rodean, no es de menor entidad el problema de descubrir su disimulación dentro de los frenocomios, por las graves contingencias que se derivarían de disponerse su salida de los mismos conceptuándolos como sanos de la mente ó como curados.

Pertenecen, en efecto, los alienados disimuladores al grupo de locos parciales ó paranoicos, y también al de los degenerados superiores, que suelen, como aquéllos, ofrecer perturbaciones más ó menos limitadas á determinado orden de su funcionalismo mental. Ya Pinel á mediados del siglo anterior hizo mención de muchos enajenados con verdadero raciocinio, y posteriormente Parant, Jerri, Falret, Krafft-Ebing y otros, citan numerosos casos de disimuladores que han acudido á toda clase de medios para ocultar su delirio ó los trastornos mentales de otro orden. La integridad más ó menos relativa de una parte de su psiquismo es, como se comprende, una circunstancia necesaria para que la disimulación pueda ser en estos casos, en primer término, un propósito del enfermo, y en último resultado un hecho prácticamente verosímil. La locura no es esencialmente la pérdida de la razón; la razón, si bien síntesis muy compleja resultante del equilibrio funcional de procesos psíquicos, no excluye, á no tratarse de hondas

perturbaciones psicológicas, la posibilidad de la conciencia que un alienado pueda tener de su propia morbosidad. De aquí el calificativo de *locuras conscientes* que se aplica á ciertos degenerados, paranoicos, melancólicos, alcohólicos crónicos, histéricos y neurasténicos. Diríase que en la corticalidad cerebral de ellos se cumple la ley fisiológica de substitución psico-funcional, ó más bien, de acuerdo con las opiniones de Debierre, que son ejemplo elocuente de la autonomía que preside al funcionalismo de cada hemisferio encefálico, independencia funcional que pudiera explicar la coexistencia del delirio y la lucidez en el mismo enfermo.

La importancia del estudio de estas formas de alienación mental disimulada no es preciso encarecerla. En tanto conservan tales alienados una relativa conciencia de su estado pático, pueden poner á contribución, en beneficio propio, los recursos que les proporciona su voluntad, freno para ocultar sus ideas delirantes y actos anormales. Unos permanecerán en sociedad hasta el día en que un trastorno de ideación ó un impulso agresivo ponga de manifiesto el trastorno de su psiquismo; otros, reclusos ya como enajenados, lograrán tal vez aparentar una favorable evolución en el curso de su psicopatía, y aun no siendo en éstos más que temporal, accesimal pudiera decirse, la fase disimuladora, porque la clínica enseña que, especialmente en los paranoicos ó sistematizados, se impone al fin contra toda duda el curso fatalmente progresivo del sistema delirante, el diagnóstico puede hacerse en ellos circunstancialmente, en extremo difícil. Véanse, expuestos de modo sumario, dos casos clínicos que así lo demuestran:

Don N. N., Jefe de un Cuerpo auxiliar de la Armada, se halla en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat desde hace unos tres años. No parece tener antecedentes hereditarios psico-neuropáticos.

Ejerciendo un cargo oficial, comenzó á exteriorizar un

carácter marcadamente receloso y suspicaz, que á poco se tornó en abierta hostilidad hacia determinados superiores. Las más ligeras indicaciones eran por él interpretadas como frases mortificantes, y en las órdenes que recibía hallaba siempre un fondo de malquerencia y preterición; nadie sino él era el encargado de los servicios más penosos, ningún otro compañero sufría tan injustificadamente vejámenes y humillaciones sin cuento. De la desconfianza y del enojo pasó con facilidad á la acritud y la desobediencia, y más tarde propendió á la agresividad, habiendo de incoársele historia de comprobación por presunta enfermedad mental.

Desde su ingreso en el manicomio adoptó una estudiada actitud de disimulación. Nada tenía ni había padecido: pequeñas disensiones con alguno de sus jefes, hijas indudablemente de su modo de ser, recto y pundonoroso; pero el tiempo se encargaría de demostrar la injusticia con que se le había recluso. Si en tan reticente argumentación no hubiera podido ya vislumbrarse un fondo de delirio persecutorio y la evidente falta de lógica entre el supuesto delito y el correctivo que se le aplicaba, ninguna anormalidad hubiese revelado en este enfermo la existencia de una grave perturbación psico-morbosa. Correcta actitud, trato afectuoso, intachable comportamiento, conversación amena y reveladora de una instrucción intelectual nada común, lógica en los juicios y deducciones, percepción adecuada de las impresiones recibidas por los sentidos, normalidad en las esferas volicional y de los actos, sensibilidad afectiva, aparentemente hígida; todas sus funciones psicológicas aparecían, en suma, conservando entre sí la debida ponderación ó equilibrio.

Y transcurrieron días, semanas y meses, y logróse al fin que en una ocasión cayeran en manos de su observador los escritos y dibujos que hasta entonces no habían podido examinarse, por ocultación deliberada unas veces y otras por romper en diminutos trozos aquellos que quizá más podían

denunciar su delirio. En ellos hallábase, en efecto, gráficamente consignado el diagnóstico de su afección; cartas y notas innumerables dirigidas á las más altas autoridades, quejándose amargamente de castigos imaginarios y de persecuciones anteriormente sufridas; dibujos demostrativos de inventos portentosos, como el de una hélice de propulsión vertiginosamente movida por fuerzas misteriosas; grúas colosales de formidable potencia, que colocadas en el centro de España habrían de transportar por encima de la Península los buques de mayor tonelaje desde el Mediterráneo al Atlántico, proyecto fácilmente realizable, como así se demostraba, por medio de interminable serie de fórmulas y operaciones algebraicas, etc., etc.

El segundo caso se refiere á un Oficial del Ejército, de familia de psicópatas, quien fué sometido á observación durante un año por trastornos mentales sobrevenidos de un modo aparentemente inopinado hallándose en tratamiento de una enfermedad somática en el hospital militar de Barcelona.

Consciente de su situación, apercebido sin duda del alcance que pudiera tener para él el hecho de hallarse en estudio su mentalidad, se mostró desde un principio inexpugnable á toda exploración. La mayor sagacidad, el interrogatorio más hábilmente dirigido, se estrellaban siempre contra una voluntad inquebrantable y un verdadero dominio de sí mismo, resultando invariablemente oportuno en sus respuestas, claro en los raciocinios, acertado en la apreciación de los hechos, normal en sus afectos, en perfecta posesión de su poder volitivo, ordenado y correcto en la conducta y en los actos, respetuoso con los extraños, considerado con todos, sumiso, en fin, á las prescripciones facultativas. Una vez y otra se investigaba en vano la más leve anormalidad de su psiquismo, y así hubiera transeurrido mucho tiempo á no habersele sorprendido en una ocasión en que paseaba solo por una de las avenidas del Manicomio monologando en alta voz con un interlocutor imagi-

nario. Aun entonces negó enérgicamente, al verse sorprendido, las alucinaciones auditivas de que era objeto; mas al fin acabó por referir, convencido sin duda de la inutilidad de sus ocultaciones, que se defendía como le era posible de los insultos y amenazas de sus enemigos, de los mismos que hacía algún tiempo trataron de asesinarle en el hospital militar, y cuyo tenebroso complot descubrió una mañana: eran las Hermanas de la caridad, los Médicos de guardia y algunos sanitarios.....; no podía desde entonces verse libre de ellos; ahora le atormentaban con sus injurias y malas artes.

Posteriormente el delirio persecutorio le hizo más ostensible, habiéndolo el enfermo personalizado en dos de los Médicos del Frenocomio, á quienes amenaza constantemente, y hace pocas semanas, al ser sorprendido en un intento de fuga, hirió á dos empleados que consiguieron impedir su evasión.

En el primer caso se ha tratado de la *psicosis sistematizada progresiva ó paranoia* en la fase de transición persecutorio-ambiciosa, pues á la vez que las ideas de persecución, aparecen, en las cartas y dibujos que llenan los bolsillos de dicho enfermo, y cuyo número, aumenta constantemente, constituyendo tal *grafofilia* una verdadera *dislogia gráfica*, evidentes demostraciones de orgullo desmedido, convicción firme de superioridad, exaltación del *yo*, ideas de megalomania, en fin.

El segundo enfermo es un degenerado con *delirio accesional de los perseguidos perseguidores*. Pudiera también parecer un paranoico ó sistematizado progresivo por las fases alucinatorias que viene ofreciendo; mas, sobre que alternando con ellas ha presentado otras de carácter depresivo ó hipopráxico, y que ellas mismas no han constituido sino una manifestación hiperfrénico-episódica, la edad del paciente, los datos anamnésticos, la no evolución del delirio hacia la megalomania, su polimorfismo en ocasiones y los impulsos agresivos, caracte-

rizan claramente una de tantas formas de la degeneración mental.

A. FERNÁNDEZ VICTORIO,
Médico mayor.

DESPRENDIMIENTO TRAUMÁTICO DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL FÉMUR

Confundido el desprendimiento de las epifisis con las fracturas ordinarias, debido quizá á la obscuridad del diagnóstico mientras los rayos X no han proyectado su esplendorosa luz, apenas si los Cirujanos han hecho más que mencionarlo sin detener su atención en la diferencia esencial que existe entre una y otras lesiones, muy especialmente desde el punto de vista del pronóstico.

Todos están conformes en que la causa de estos desprendimientos epifisarios es casi siempre un traumatismo indirecto, sin que esto excluya la influencia en algunas ocasiones de los traumatismos directos. También hay conformidad respecto á la edad más propicia para estos accidentes. En lo que se nota una gran disparidad es en lo relativo á su frecuencia, pues mientras algunos Cirujanos consideran estas lesiones pertenecientes al rango de una curiosidad de patología quirúrgica, hay quien afirma que el desprendimiento de la epifisis es un hecho harto frecuente para que merezca un estudio detenido y un capítulo aparte, de importancia suma en traumatología.

Es indudable que el estudio detenido de la osteología nos induce á creer en la frecuencia de estas disyunciones de la diáfisis y la epifisis, que no deben pasar confundidas con una fractura ordinaria, pues sus consecuencias, dado el papel del cartilago epifisario, son muy distintas, principalmente cuando radican en las epifisis fértiles, tales como la superior del húmero, inferior del fémur, etc. Estas consecuencias atañen al desarrollo del miembro, influyendo en ello notable-

mente, además de la edad del sujeto y la gravedad de la lesión, el mejor ó peor tratamiento empleado, ó sea el que se haya hecho con más ó menos perfección la reducción de los extremos óseos despegados y el que se haya ó no evitado la flegmasia, intensa á veces, consecutiva al traumatismo.

Cierto que aún hoy se pretende negar los desprendimientos epifisarios y se les considera como una simple variedad de fractura; pero es innegable que la disyunción diafi-epifisaria existe y que constituye una lesión especial, distinta por su naturaleza, de las fracturas, pues no hay *rotura* ósea, y además el foco traumático tiene caracteres especiales, siendo uno de los más importantes el despegamiento perióstico del lado de la diáfisis, quedando en continuidad con la epífisis.

El desprendimiento de la epífisis inferior del fémur es quizás el más interesante por su frecuencia y por el papel del cartilago de conjunción correspondiente. Casi siempre se produce por una causa indirecta, y si el traumatismo es muy violento resultan desplazamientos considerables. *Malgaigne* cita ya algún caso de este desprendimiento, y *Conral* refiere el año 1825 que un muchacho de once años sufrió el desprendimiento de la epífisis inferior del fémur por una caída hacia adelante, teniendo la rodilla encajada en un agujero. *Robson* en 1883 publicó tres casos, y *Nélaton*, *Holmes* y otros Cirujanos del siglo pasado han fijado su atención en estos traumatismos concediéndoles gran interés.

Algunos Cirujanos de nuestros días ni siquiera mencionan los desprendimientos de la epífisis inferior del fémur, ni de las demás epífisis más ó menos fuertes; pero muy recientemente *Kirmisson* y *Poland* han presentado estimables estudios sobre el asunto, llegando el segundo á reunir 700 casos de estas lesiones, perteneciendo el mayor número de ellos á la extremidad inferior del fémur.

Para explicarse la producción é importancia de esta lesión, tengamos presente que el fémur se desarrolla por cinco pun-

tos de osificación, de los cuales uno de ellos pertenece á la epífisis inferior. Este punto de osificación aparece, por término medio, quince días antes del nacimiento, y evoluciona produciendo el tejido óseo que ha de substituir al cartilago. La epífisis va aproximándose á la diáfisis, y cuando ha alcanzado la parte diafisaria del hueso no llega á ponerse en contacto inmediato con ella, sino que una faja de cartilago llamada cartilago conyugal separa por bastante tiempo las dos piezas óseas. Efecto de la proliferación activa que existe en el centro de este cartilago no desaparece á pesar del continuo desgaste que origina la invasión simultánea y creciente de los huesos diafi y epifisarios. Hasta el día que el hueso ha alcanzado sus naturales dimensiones continúa en actividad el cartilago de conjunción, desapareciendo cuando ya no hace falta, porque su función central de proliferación ha cesado, sin dejar por esto de ser invadido por ambas caras, poniéndose en contacto y soldándose las dos piezas óseas. Esta soldadura de la diáfisis del fémur con su epífisis inferior se verifica de los diez y ocho á los veinticinco años, y hasta esa edad, por lo tanto, es posible y hasta fácil que un traumatismo directo ó indirecto produzca el desprendimiento de la epífisis, ó si queremos darle otra denominación, quizá más propia, el despegamiento ó separación diafi-epifisaria inferior.

Con este ligero recuerdo anatómico no creo extraño que un Cirujano de mucha práctica reuna series tan importantes como la presentada por *Poland* y citada por el *Dr. Kirmisson*, de París.

Desde el punto de vista científico, y en la nomenclatura quirúrgica, me parece que no debe englobarse el desprendimiento de la epífisis inferior del fémur con la fractura de este hueso, diafisaria ni epifisaria. Aunque las causas sean las mismas y su diagnóstico confundible, si no contamos con los rayos X la lesión, en su aspecto anatomo-patológico, en su naturaleza íntima, es diferente, y las consecuencias de una y otra lesión tienen un alcance muy distinto.

Es más; quizá aun sin el auxilio de la radioscopia puede establecerse un diagnóstico, aun por los no muy prácticos, con sólo fijarse en la edad del sujeto, en el asiento de la lesión, en la movilidad anormal muy acentuada y en la forma redondeada de los fragmentos. Es verdad que en individuos de mucho desarrollo muscular es difícil observar algunos de estos signos; pero lo mismo ocurre en el estudio clínico de toda lesión, y nos referimos á los casos en que la exploración es factible.

El tratamiento del desprendimiento de la epifisis inferior del fémur se limita en los casos ordinarios no complicados á la reducción exacta, á la inmovilidad y á evitar los fenómenos flegmáticos, pues en esta lesión de la extremidad inferior del fémur detendría su desarrollo, dejando un miembro corto y retardando la soldadura de las dos piezas óseas, que al fin y al cabo se unirían sin que el fémur llegase á su natural longitud.

Algunos autores afirman que la reducción es á veces muy difícil, y *Mayo Robson* ha aconsejado que para llevarlo á cabo se practique la flexión de la rodilla con impulsión de los fragmentos. De todos modos, en los casos corrientes basta con una maniobra poco violenta de extensión y contraextensión para hacer la reducción, y una vez hecha ésta evitese, como hemos dicho, la flegmasia intensa y déjese el miembro en reposo absoluto durante veinte á treinta días, al término de los cuales está el individuo en disposición de andar. Claro es que no nos referimos á los casos complicados por desplazamiento grande de los extremos óseos ó por herida de los tejidos blandos. En estas circunstancias, posible es llegar á exigir la resección del fragmento diafisario, y cuando hay lesiones graves de los vasos ó de los nervios puede imponerse la amputación.

V. PLÁZA BLANCO,

Médico mayor.

EL ARMAMENTO MODERNO Y EL SERVICIO DE SANIDAD EN CAMPAÑA

Conferencia dada en Berlín el 20 de Febrero último ante la Sociedad Militar por el Médico mayor Schaefer.

El autor, que ha asistido con los rusos á la segunda parte de la guerra ruso-japonesa, estudia: primero, la influencia que los perfeccionamientos realizados en las armas durante los últimos veinte años han ejercido sobre el número y la naturaleza de las heridas; segundo, la actividad y funciones del personal médico durante el combate; tercero, el empleo de las formaciones sanitarias sobre el campo de batalla.

La hipótesis de que la importancia de las bajas debe ser proporcional al perfeccionamiento de las armas de guerra, no se ha cumplido enteramente en la Mandchuria. Es cierto que en Liaoyan, Schaho y en Moukden, y particularmente en Sandepou, algunos regimientos del Ejército ruso sufrieron pérdidas verdaderamente extraordinarias; así, por ejemplo, en Sandepou el tercer regimiento de tiradores de la Siberia oriental perdió el 67 por 100 de su efectivo; pero estas pérdidas no traspasaron las del Ejército alemán en las más sangrientas batallas de la guerra de 1870-1871. Se sabe de esta que el regimiento de Infantería del Barón de Esparr perdió en Theouville-Mars-Latour hasta el 85 por 100 de su gente.

La eficacia de las nuevas armas se manifiesta también en la manera como las pérdidas se suceden en el tiempo. Durante días enteros las tropas quedaban en sus trincheras sin haber ningún herido; pero cuando de grado ó por fuerza ellas salían de sus abrigos, en aquellos instantes el número de heridos se elevaba á un punto tal como antes no se pudo jamás ver en tan corto espacio de tiempo. En un movimiento de avance de los japoneses perdieron 200 hombres como barridos

al mismo tiempo por el fuego de las ametralladoras. Esto constituye para nosotros una diferencia de la más grande importancia, según que los heridos nos lleguen para ser asistidos regularmente y poco á poco, ó que de una vez y como una marea nos inunden los puestos de curación.

A la vez que el número, la gravedad de las heridas imponen la amplitud que debe darse á los socorros médicos. Las experiencias hechas sobre los cadáveres habían demostrado que la bala con camisa, atravesando las diversas regiones del cuerpo, y particularmente los huesos, producían lesiones verdaderamente graves y extensas. Durante la guerra de los boers, donde por primera vez se hizo uso de esta bala, sorprendió el hecho de que muchas veces las heridas no tenían la gravedad esperada y que curaban con la más grande rapidez. En la guerra ruso-japonesa han sido observados los mismos hechos, y ciertos Médicos rusos creían que la bala japonesa de pequeño calibre, 6^{mm},5, merecía el título, de que tanto se ha abusado, de bala humanitaria, mientras que otros Médicos sostenían enérgicamente lo contrario. ¿Quién tenía razón? Los unos y los otros. Yo puedo, en efecto, citar el caso de un herido ruso en el cual una bala, después de haber penetrado en el pecho por encima de la clavícula izquierda, había rozado el corazón, atravesando el pulmón izquierdo, la cavidad abdominal y la pelvis hasta salir por la parte superior del muslo izquierdo; el herido, bien es cierto que no puede decirse que se hallara en un estado brillante, pero es el hecho que él vivió y curó de su herida.

De 36.000 hombres que formaban tres Cuerpos del Ejército ruso y hacían su servicio cuatro meses después de la batalla de Moukden, la mitad próximamente, el 45 por 100, habían sido heridos anteriormente: la proporción de heridos se elevaba al 57 por 100 en una división de tiradores y al 66 por 100 en una división de cosacos; algunos hombres habían sido heridos en tres y cuatro batallas, y muchos de ellos habían

tenido los pulmones, otros órganos internos ó una gran articulación atravesada por un proyectil.

Si estos hechos tienen su elocuencia, no se puede, sin embargo, deducir que no se observen heridas muy graves. Los Médicos que pudieron examinar los cadáveres después de la batalla de Schaho han hecho descripciones verdaderamente horribles de las heridas que encontraron. Lo que caracteriza, pues, las balas modernas indeformables es que ellas producen tanto heridas ligeras como graves. Si se tenían antes ideas exageradas sobre la gravedad media de las heridas producidas por los proyectiles modernos, es porque se exageraba la frecuencia de los grandes destrozos que algunas veces producen. El caso en que la bala antedicha encuentre una resistencia que le permita desarrollar toda su energía no es tan frecuente como se había creído, puesto que en tanto su calibre sea más pequeño más fácil es evitar las regiones más vitales del cuerpo, y por consiguiente el pronóstico de las heridas se hace más favorable.

A los progresos realizados en la técnica de las armas se deben comparar los llevados á cabo al mismo tiempo en las ciencias médicas y particularmente en cirugía. El tratamiento de las heridas, basado sobre los mismos principios, se ha hecho más simple y más seguro. La infección, que otras veces era la regla, es hoy la excepción. Se puede sin inconveniente muchas veces esperar mucho antes de practicar las amputaciones, y éstas no se llevan á cabo más que en los casos de absoluta necesidad. Las grandes estadísticas rusas no señalan, en efecto, más que una amputación por cada 200 heridos, contando entre aquéllas las amputaciones de los dedos. De ordinario no es preciso operar en los puestos de socorro más que en casos excepcionales.

¿Cómo deben emplearse las formaciones sanitarias?

El Ejército alemán tiene dos clases de puestos de curación para tratar los heridos en el campo de batalla: el puesto de

curación regimentario (Truppenverbandplatz), que los Cuerpos de tropas instalan con su propio material, y el puesto principal de curación (Hauptverbandplatz), que instalan las tropas particulares de las compañías sanitarias. En 1870 los alemanes establecieron los puestos de curación mucho más cerca de la línea de fuego que los rusos lo han hecho en la Mandchuria. Éstos, en razón del alcance mayor de los proyectiles modernos, establecieron sus puestos de socorro lo menos á uno ó dos kilómetros del enemigo, á fin de protegerlos contra el fuego de la fusilería.

(Continuará).

PRENSA MÉDICA

Notas sobre el tratamiento de las artritis gonorreicas por las inyecciones rectales de suero antiestreptocócico.—El Teniente médico A. Dawson, del *Royal Army Medical Corps*, fundándose en una comunicación presentada en la *Royal Medical and Chirurgical Society* en Abril de 1906 por los Doctores Soltan Feuwik y Porter Parkinson, en la que llamaron la atención sobre los beneficiosos resultados obtenidos con las inyecciones rectales de suero antiestreptocócico en las afecciones gonorreicas, se decidió á comprobar la eficacia de este tratamiento en las artritis gonocócicas. Las experiencias fueron hechas en el *Rochester Row Military Hospital*. El número de casos tratados fueron cinco, y aunque el resultado obtenido no fué tan brillante como decían los señores an-

tes citados, cree el autor que el beneficio obtenido es suficiente para recomendar el uso de este medio terapéutico en una afección de ordinario tan rebelde á la mayor parte de los recursos ordinariamente usados. El suero utilizado para este fin fué un suero antiestreptocócico, procedente de la fábrica inglesa Wellcome y C.^a, polivalente, obtenido con el uso de numerosas variedades de estreptococos. El método de administración del suero era por inyección rectal, método nuevo que se cree más eficaz que otros. Comiénzase por administrar al enfermo un enema de agua jabonosa para limpiar el intestino, y media hora después de haberlo conseguido se inyecta lentamente el suero por medio de una jeringa provista de un tubo ó catéter de caucho que se introduce en el recto. La

dosis ordinariamente usada es de 10 cc. de suero, y otras veces de 20. Los autores primeramente citados recomiendan este tratamiento en todas las afecciones gonorreicas, incluso en la oftalmía blenorragica. El Dr. Dawson deduce como conclusión del uso del suero en sus cinco enfermos de artritis blenorragica, que en general el curso de la inflamación articular es más corta y favorable que con los remedios ordinarios, y que merece la pena insistir en este medio de tratamiento, que es muy sencillo, y en la administración de las inyecciones de suero por el recto, porque ocasionan á los enfermos menos molestias que las hechas debajo de la piel.

* * *

Tratamiento específico de la fiebre tifoidea.—El Teniente Coronel médico del Ejército inglés C. Birt, ha publicado en el *Journal of the Royal Army Medical Corps*, número 2 de 1907, un interesante estudio sobre la fiebre tifoidea y paratífus. Lo más interesante que en él se consigna es lo relativo al tratamiento bacterioterápico de estas infecciones. Llama la atención sobre los trabajos y observaciones clínicas de Fraenkel respecto á enfermos de fiebre tifoidea tratados por una serie de inyecciones hipodérmicas hechas con la vacuna tífica de Wright. Habla además de otras más recientes observaciones de Richardson en 22 casos de fiebre tifoidea tratados por medio de inoculaciones de toxinas tíficas. El autor recomienda proceder en seguida á la investigación y aislamiento del germen tífico de la sangre de los enfermos, no sólo para el diagnóstico y pronóstico de

la infección, sino para preparar con el germen aislado el medio de tratamiento del propio enfermo, puesto que la experiencia ha demostrado que con una vacuna preparada con el mismo germen de la infección se obtiene un remedio más eficaz que si se preparan con el procedente de otro origen.

Las principales conclusiones á que el autor llega como resumen de todo su estudio son las siguientes: Primera. El bacilo tifoideo puede existir como agente inofensivo en el tubo digestivo y los conductos biliares de ciertos individuos. Segunda. Cuando este germen invade la sangre, puede dar á veces lugar á síntomas insignificantes, expresión de una infección muy leve. Tercera. Las infecciones paratifoideas son mucho menos comunes que las tifoideas. Cuarta. Las primeras no pueden ser clínicamente, sin investigación bacteriológica, distinguibles de las segundas. Quinta. Una reacción de aglutinación negativa para el bacillus Eberth, ó una reacción positiva poco graduada con un germen paratifoideo, no es suficiente á justificar el diagnóstico del paratífus. Sexta. En todo proceso febril de naturaleza sospechosa debe hacerse el análisis bacteriológico de la sangre para fines diagnóstico, pronóstico y sobre todo terapéutico.

* * *

El sulfato de esparteína contra la anuria post operatoria.

—En la última sesión de la *Association chirurgicale et gynécologique*, M. Mac. Guire (*Medical Record*, 19 de Enero de 1907) ha manifestado que, según sus experimentos, el sulfato de esparteína

es un excelente medio de combatir la supresión post-operatoria de las orinas, accidente más frecuente de lo que se cree, puesto que en los cinco años últimos entre los operados por el autor ha ocasionado más defunciones que ninguna de las otras causas de mortalidad. Tal anuria fué observada sobre todo en los casos en que ya antes de la operación existía alguna enfermedad del riñón ó una nefritis accidental por septicemia ó por colemia. No se trata probablemente aquí de anuria por acción refleja ó del shock, puesto que esta anuria se presenta á las veinticuatro y treinta y seis horas después de la operación. Todos los medios que el autor ha ensayado contra este accidente tan grave: inyecciones salinas, envoltura caliente, baños de vapor, ventosas, revulsión, estrignina, digital, trinitina, calomelanos, purgantes salinos y un caso de descapsulación renal, han sido invariablemente inútiles. Por fin experimentó el uso del sulfato de esparteaína, y se halló con un remedio verdaderamente eficaz. En seis casos en que ha tenido ocasión de emplearlo, la acción estimulante sobre el corazón y el efecto diurético potente de este medicamento fueron manifiestos, y al cabo de treinta minutos, por un aumento de la presión arterial con elevación del pulso, se presentó una abundante secreción de orina. Para obtener los mejores resultados es preciso administrar el sulfato de esparteaína en inyecciones hipodérmicas á la dosis de 6 á 12 centigramos, repetidas cada tres ó cada seis horas.

(Archives Médicales Belges, Julio 1907).

* * *

La eosina como reactivo de los pigmentos biliares.

— La eosina es un reactivo muy sensible de los pigmentos biliares de la orina. Para emplearla se procede del modo siguiente: Se prepara una solución de eosina de tal concentración que presente un tinte rosa pálido sin ningún reflejo amarillo. Puesta en contacto con la orina normal, el color se debilita según la dilución, pero sin perder su tinte rosa con una ligera fluorescencia verdosa. Pero si se trata de la orina icterica (ó de la bilis pura), la coloración se torna amarilla oscura, virando al cabo de algunas horas al verde botella. La reacción es muy sensible, y según su descubridor, el Dr. Mandach (*Corresp. Bl. Schw. Aerzte*, 1 de Julio de 1907), no es modificada ni alterada por la presencia en la orina del azúcar, la albúmina, etc., ni por la administración de ciertos medicamentos, tales como los salicilatos, salol, aspirina, rui-barbo, cloroformo y éter.

* *

Heridas del estómago por armas de fuego.

— El Dr. Martin ha publicado (*Ann. of. Surg.*, Mayo de 1907) un trabajo sobre las lesiones asociadas que con frecuencia se presentan en las heridas del estómago ocasionadas por los proyectiles. El autor manifiesta que su experiencia personal le conduce á adoptar la intervención quirúrgica inmediata en toda herida del estómago por arma de fuego, sin desconocer la tendencia de los Médicos militares á la abstención, conducta deducida, al parecer, de los hechos observados en las últimas campañas. No niega el autor la posibilidad de la curación espontánea de esta clase de heridas,

siempre que sea el estómago únicamente el interesado; pero como este hecho, dadas las relaciones que el estómago tiene con los órganos inmediatos, es más raro de lo que se cree, no puede admitirse una línea de conducta general fundada en casos que son verdaderas excepciones. Jorgue y Jeambran sostienen que este órgano está de tal modo en relación con los que le rodean, que es casi imposible que sea lesionado solo. En la mayor parte de los casos las lesiones asociadas son de más importancia que la del estómago y son las que causan con más frecuencia la muerte. Como la mayor parte del área de vulnerabilidad del estómago se halla ligada á los límites del tórax, claro es que hay muchos casos en que la herida interesa la parte torácica, el diafragma y en algunos la pleura y el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, con consiguiente hemotórax y pneumotórax. Las lesiones del hígado son muy frecuentes en estas heridas. El bazo es también interesado, y Borchardt cita 15 casos recogidos por él de complicación de estas heridas con lesión del páncreas. En ocho casos recordados por el autor, el proyectil, después de atravesar el estómago, fué á herir el extremo superior del riñón, causando una hemorragia profusa y fatal dentro del peritoneo. Perforaciones del colon transverso y del intestino delgado son complicaciones frecuentes. El autor refiere 11 heridos con perforaciones del intestino delgado y uno del colon.

De todo esto se desprende que el Cirujano dispuesto á intervenir en una herida del estómago por arma de fuego debe ir preparado, no sólo á hacer la sutura de la perforación gástrica sino á tratar las

lesiones asociadas. Este es lo que el autor ha comprobado en un conjunto de 25 casos de heridas del estómago por proyectiles de distintas armas é intervenidos quirúrgicamente. En la mayor parte de estos casos las lesiones de los órganos inmediatos eran más graves que las del estómago. En dos fué hecha la esplenectomía, en otros dos la toracotomía á la vez que la laparotomía, en cinco el diafragma fué suturado, en uno fué resecada la duodécima costilla, en otro fué interesada la vejiga de la hiel. De todos ellos 6 murieron y 19 curaron, dando, por tanto, una mortalidad de menos del 25 por 100.

Reclutamiento de los soldados-médicos en el Ejército alemán.

— Los Oficiales de Sanidad Militar pueden hacer sus carreras en Academias militares de Medicina ó en los regimientos ó batallones del Ejército. Con ambos procedimientos se procura que los Médicos *sirvan durante cierto tiempo con el fusil*, y que su instrucción militar sea lo más extensa posible. Los Médicos que ingresan en el Ejército deben servir *seis meses* en las filas como soldados ordinarios. Los Médicos-Einjährige sirven la mitad del tiempo como soldados y la otra mitad en su especialidad de Facultativos; de este modo se consigue en Alemania tener un gran número de Médicos militares sin gasto alguno para el Estado. Después de terminar estos soldados-médicos sus servicios, de ascender á Suboficiales y de reunir ciertas condiciones, ascienden á Oficiales médicos de la escala activa. Las escalas de reserva se nutren con los Médicos-soldados voluntarios por un año (Ein-

jährig). De una manera análoga siguen sus carreras los Farmacéuticos y los Profesores de Veterinaria.

* *

Paquete de cura individual del Ejército ruso.— El Dr. Ed. Laval, siguiendo el estudio que viene haciendo del paquete de cura individual de todos los Ejércitos, publica en el número último de *Le Caducée* (17 de Agosto de 1907) la descripción del correspondiente al Ejército ruso. Este paquete, de forma rectangular alargada, pesa 43 gramos y mide 9'5 centímetros de largo por 5'5 de ancho y 2'5 de espesor. La envoltura está hecha de tela gris, donde lleva impresa la indicación del contenido del paquete. Para abrirlo es preciso romper un asa de hilo negro que se encuentra sujetando la envoltura en uno de los costados. La segunda envoltura es de tejido encauchado impermeable. Una tercera envoltura es de papel grueso. El interior está constituido por un rollo de 9 centímetros de altura por 3'5 de espesor. El rollo está compuesto de una venda que, desarrollándola por su extremidad libre, tiene envuelta al cabo de 25 ó 30 centímetros dos compresas libres. Estas compresas miden 15 centímetros de longitud y 9 de ancho, y están formadas de un trozo de gasa doble con trozos de algodón hidrófilo y replegadas dos veces sobre sí mismas en el sentido de su ancho. La venda, de tejido de algodón fino, mide 3 metros 50 centímetros. Aparte, en un pequeño papel engrasado, se encuentra un alfiler imperdible que sirve para asegurar el vendaje una vez puesto. Este paquete, dice Mr. Laval, es de los más sencillos; su envoltura es fuerte y segura y los ele-

mentos que entran en su composición están bastante bien comprendidos. Se comienza á desarrollar la venda por encima de la región herida y se llegan á aplicar las compresas sobre ésta sin que, al menos teóricamente, haya sido preciso tocar las compresas. El contenido de este paquete está hecho antiséptico por medio del sublimado.

* *

El ascenso de Médicos mayores á Tenientes Coroneles médicos en el Ejército inglés.—

Nuestros lectores saben que en el Ejército inglés los ascensos se hacen previo examen de los que están en aptitud de ser ascendidos y después de haber probado las condiciones de ilustración y suficiencia que se requieren para el desempeño del nuevo empleo. He aquí los asuntos que para el año de 1908 han de servir de tema para el examen de los Médicos mayores que asciendan á Tenientes Coroneles. «Historia médica de las más importantes campañas, y enseñanzas útiles que de ellas pueden desprenderse. Historia médica de la campaña de Afghan, con especial referencia de la marcha desde Cabul á Candehar. Historia médica del ataque de Lord Roberts á Bloemfotein en la campaña anglo-boer».

* *

Novaspirina.— El Dr. Lehman ha publicado (*Deutsch. med. Woch.*, 7 Marzo 1907) un estudio sobre los inconvenientes del uso de la aspirina, tan recomendada hoy en sustitución de la antipirina y otros medicamentos análogos. El autor manifiesta que, en primer lugar, la aspirina produce perturbaciones de la función gástrica, como son

náuseas, tendencia al vómito, eructos ácidos, sensación desagradable en la región del estómago, etc.; además, el sabor del medicamento es muy desagradable, hasta el punto que algunas personas se niegan á hacer uso de él; por último, se observa en algunos casos ligero edema de los párpados y la cara, urticaria ó una erupción semejante extendida á toda la piel. Por tales razones, dice el autor, es muy interesante haber descubierto una substancia análoga á la aspirina que, poseyendo todas las ventajas de ésta, no tenga los inconvenientes antes apuntados. A tal substancia se le ha dado el nombre de novaspirina. Este medicamento es una combinación del ácido metilencítrico y el ácido salicílico, mientras que la aspirina es un compuesto de ácido acético y ácido salicílico. La novaspirina es insoluble en el agua y soluciones ácidas, y soluble en el alcohol, éter, cloroformo y soluciones alcalinas. Llegado este medicamento al intestino, se desdobra fácilmente en sus dos componentes. Cuando se somete á la acción del agua hirviendo y se agita, también se descompone en sus dos elementos, dando menos ácido salicílico li-

bre que la aspirina. La novaspirina ha sido administrada por el autor á dosis de 3 á 4 gramos, y ha llegado á dar á los enfermos en varios días seguidos hasta 30 ó 40 gramos, sin llegar á ocasionar trastornos gástricos de importancia. El sabor de la novaspirina es ligeramente amargo, pero sin llegar á ser tan desagradable como el de la aspirina. Es absorbida y eliminada más lentamente que la aspirina, y á eso es debido que no produzca tan pronto los efectos que ésta en el tratamiento del reumatismo articular agudo. Por esta razón se recomienda que en esta enfermedad se comience por la aspirina ó el salicilato de sosa y se siga después con la novaspirina, que es más tolerada y cuyo uso se puede prolongar sin inconveniente más tiempo. Da muy excelentes resultados en la gripe, las neuralgias, cefalalgia, dismenorrea nerviosa, etc. En conclusión, podemos decir que la novaspirina es una forma más débil y tolerable de la aspirina, puesto que actúa con menos rapidez é intensidad, pero por más tiempo que ésta. Su acción es principalmente sedante, y se dirige contra el dolor y los desórdenes nerviosos.

BIBLIOGRAFÍA

Inmunidad de los yeseros y caleros contra la tuberculosis pulmonar, por el Dr. Gaspar Fisac, Médico titular de Daimiel.— Ciudad Real, imprenta del Hospicio, 1907.—Folleto en 8.º de 167 páginas.—No se indica precio.

El ilustrado Médico titular Sr. Fisac ha reunido en este folleto sus trabajos, destinados á demostrar que los yeseros y caleros no

sufren la tuberculosis, lo que viene en apoyo de la opinión de algunos clínicos que han asegurado que el yeso á altas dosis y la cal pueden curar la tisis. Recordaremos un notable caso clínico en apoyo de esa opinión, publicado hace diez años por el distinguido Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar Sr. Castañé.

Aun cuando últimamente se ha discutido por algunos compañeros la interpretación y seguridad de los casos citados por el señor Fisac, es indudable que este médico ha hecho estudios muy notables en la materia y llamado la atención sobre una circunstancia que merece se analice con interés.

El Dr. Fisac no sólo cita casos numerosos personales, referidos en el Congreso internacional de la tuberculosis (1905) y Congreso de Medicina de Lisboa (1906), sino que termina con una estadística que comprende las 49 provincias, figurando muchos centenares de pueblos y millares de familias en las que, durante los grupos de años que se consignan, sólo ha habido cuatro defunciones por tuberculosis.

Estos datos son concluyentes, y demuestran que el Sr. Fisac ha hecho, no una disquisición de bufete, sino un estudio serio y de observación, á los que estamos poco acostumbrados en España.

Por ese solo hecho merece nuestro aplauso incondicional, la estimación de los comprofesores y que se le ayude en una labor de interés grande y trascendencia científica indudable.

* * *

Curación de la tuberculosis pulmonar sin medicamentos, por A. B. de Guerville. Traducción, prólogo y notas del Doctor B. Malo de Poveda, Secretario general de la Comisión permanente contra la tuberculosis.—Madrid. Moya, 1907.—Folleto en 16.º de 144 páginas.—Precio, 2 pesetas.

El Dr. Malo de Poveda no ceja en sus buenos propósitos de procurar el desarrollo de su especialidad antifímica, y después de

hacer una excelente traducción del trabajo de Guerville, le ha enriquecido con gran número de notas, en las que incluye atinadas observaciones personales.

Mr. de Guerville no es Médico, pero demuestra un gran sentido práctico; es escritor correcto, y tiende á demostrar que, con medios higiénicos, hábilmente dispuestos, científicamente aplicados, con perseverancia y cordura, no sólo se obtendrán victorias en la gran obra de la lucha social contra la tuberculosis, sino que se logrará que muchos casos obtengan, no ya alivios grandes, sino en muchos casos la curación.

El Dr. Malo cita bastantes de su clínica para probar esas afirmaciones de otros hombres de ciencia, con las que está conforme.



VARIEDADES



Acompañado de un B. L. M. del General Jefe del Estado Mayor Central, Excmo. Sr. General Martítegui, hemos recibido un ejemplar de los Reglamentos provisionales para el Cuerpo de Automovilistas voluntarios al servicio del Ejército y de las relaciones entre el Ministerio de la Guerra y el citado Cuerpo, aprobados por Real orden circular de 10 de Junio de 1907.



SECCIÓN OFICIAL

9, Agosto.—Real orden circular (*D. O.* núm. 174) señalando las antigüedades de 25 de Agosto de 1896 para los Tenientes Coroneles y de 21 de Enero del mismo año para los Comandantes para obtener desde 1.º del pasado opción á los beneficios que señala el artículo 3.º transitorio del Reglamento de ascensos en tiempo de paz.

» » Real orden (*D. O.* núm. 174) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir tres aparatos para el transporte de cura y lavabo en las clínicas, y aprobando el presupuesto de 952'50 pesetas con cargo al artículo 7.º, capítulo 4.º, «Material de hospitales», del presupuesto vigente.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 174) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir tres mesas de operaciones con armadura metálica y tablero de cristal, con igual cargo al presupuesto vigente.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 174) disponiendo la remisión al Laboratorio central de Sanidad Militar desde la farmacia del hospital de Sevilla de 1.500 kilogramos de agua destilada de azahar y 525 gramos de esencia de dicha flor, siendo el gasto que se origine con cargo al citado Laboratorio.

10, Agosto.—Idem id. (*D. O.* núm. 175) concediendo los beneficios del artículo 10 del Reglamento de indemnizaciones á los Subinspectores médicos de segunda clase D. Clemente Sénac Vicente y D. Eugenio Fernández Garrido durante el tiempo que han desempeñado en esta Corte la comisión para la que fueron nombrados con objeto de redactar el nuevo Reglamento de hospitales militares.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 175) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir con cargo al capítulo 7.º, artículo 4.º, «Hospitales», del presupuesto vigente, dos interruptores «Radiguet», de contacto de cobre, para toda clase de corrientes, presupuestados en 770 pesetas, y cinco carritos

de mano para el transporte de ropa sucia á la estufa de desinfección.

12 Agosto.—Disposición de la Comisión liquidadora del Ejército (*Diario Oficial* núm. 176) para que sea abonada al Farmacéutico mayor D. Eduardo González Carreras su paga de Enero de 1891 y cinco días de la de Febrero del mismo año.

13 « » Real orden circular (*D. O.* núm. 177) publicando el cuadro demostrativo de bajas definitivas en el Ejército, correspondiendo la de Subinspector de primera clase, por ascenso de D. Elías García Gil, á la amortización, y la de Médico mayor, por muerte de D. Rufino Moreno González, á segunda de ascenso.

« » Idem *id.* (*D. O.* núm. 177) disponiendo que los elementos de curación correspondientes á la Sección de ambulancia divisionaria que ha de asistir á las maniobras de Galicia se devuelvan al Parque de Sanidad para su cambio por otros de igual clase y cantidad de reciente preparación, procediendo á nueva asepsia con el material devuelto. Dispónese, además, que se fije en el material de curas una etiqueta que determine el tiempo máximo de duración, pasado el cual deberá solicitarse su renovación inmediata, exceptuando aquel material que, como el paquete de cura individual, se conserve en cajas metálicas herméticamente cerradas y soldadas.

« » Idem *id.* (*D. O.* núm. 177) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Antonio Bernal Descalzo, D. Emilio Portilla López, D. José Romero Aguilar y D. Antonio Amo Navarro; Médicos primeros D. Antonio Sánchez Reyes (cuatro comisiones), D. Francisco Ibáñez Aliaga (dos), D. Eustasio Conti Álvarez, D. Francisco Fernández Cogolludo, D. Miguel Pizarro López, D. Eduardo Cisneros Sevillano, don Francisco Bada Mediavilla, D. Bartolomé Navarro Cánovas (dos comisiones), y Médico segundo D. Eduardo Sánchez Vega.

17 « » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 180) declarando derecho á pensión á la viuda del Médico mayor, con sueldo de Subinspector de segunda, D. Pedro Pinar y Moya.

20 « » Real orden (*D. O.* núm. 182) aprobando y declarando indem-

- nizables las comisiones desempeñadas por el Subinspector médico de segunda clase D. Eugenio Fernández y Garrido, Médico primero D. Antonino Alonso Fernández y segundo D. Jerónimo Sal y Lence.
- 20 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 182) disponiendo que los certificados expedidos por los Médicos encargados de la observación en las zonas de reclutamiento se remitan por los mismos directamente á la Comisión mixta de reclutamiento respectiva.
- 21 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 184) aprobando y declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Médicos mayores D. Rafael Catalán Castellanos, D. Pedro Cardín Cruz, D. Ramón Fiol Jiménez, D. Joaquín Hurtado García y D. Esteban Gutiérrez del Olmo; Médicos primeros D. Pedro Sáenz de Sicilia, D. Eloy Fernández Vallesa, D. Cándido Sánchez Ruiz, y segundo D. Gregorio Fernández Lozano (dos comisiones).
- 23 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 185) desestimando la instancia del Médico primero D. Francisco Manuel Conde de Albornoz, que solicitaba una gratificación.
- 24 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 185) disponiendo pasen á ocupar los destinos que se expresan el Jefe y Oficiales siguientes: *Médico mayor* D. Benito Villabona Soriano, al hospital de Ceuta. *Médicos primeros*: D. Bonifacio Onsaló Morales, al primer batallón del regimiento de Vizcaya; D. Santos Rubiano Herrera, al primer regimiento Artillería de montaña; D. Juan Roche User, á la Comandancia de Artillería de Pamplona; D. Francisco Moreno Sáenz, al batallón Cazadores de Tarifa; D. Antonio Carreto y Navarro, al primer batallón del regimiento de la Reina, y D. Ildefonso Escalera Gómez, al primer batallón del regimiento de Asia. *Médicos segundos*: D. Antonio Fernández de Molina y Castro, al segundo batallón de Borbón; D. Francisco de la Peña y Azaola, al segundo batallón del regimiento de Garellano, y D. Enrique Gallardo y Pérez, al segundo batallón de Álava.
- » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 185) disponiendo pase á situación de reemplazo el Médico mayor D. Eustaquio Rodríguez y Rodríguez.