

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

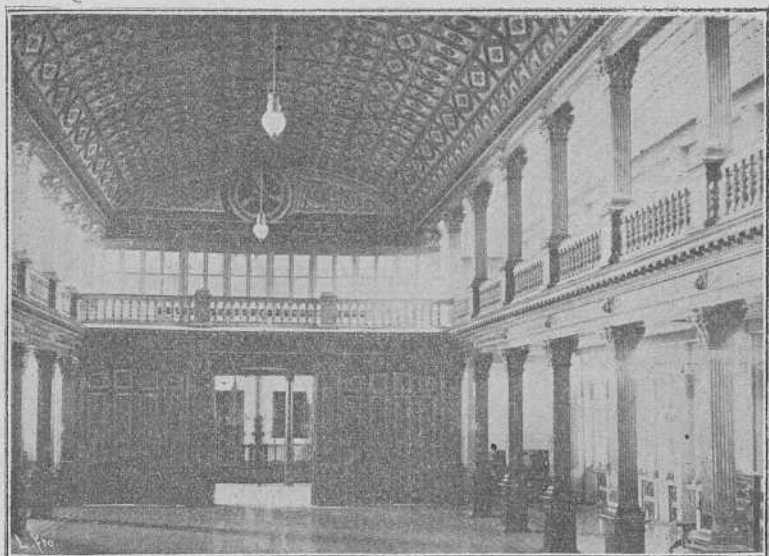
AÑO XIII MADRID 15 DE NOVIEMBRE DE 1899 NÚM. 298

LA CAMPAÑA DE FILIPINAS

(Recuerdos é impresiones de un Médico militar)

(Continuación.)

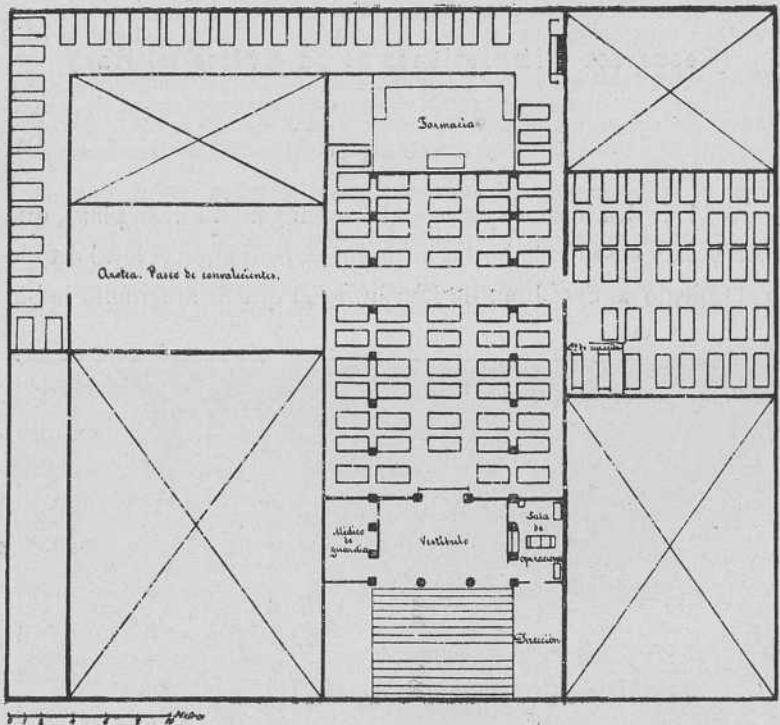
El 11 de Junio se dispuso, en la orden general de la plaza, que la Ambulancia se trasladara á intramuros, ocupando el local cedido en el Colegio de San Juan de Letrán, local que de antemano había



Salón de actos públicos del Colegio de San Juan de Letrán.
(Vista tomada desde el escenario.)

yo personalmente solicitado y conseguido del R. P. Fr. Marcos Lainez, Presidente ó Director del expresado Colegio.

En cumplimiento de dicha orden se concentraron también en San Juan de Letrán todos los heridos que estaban en asistencia en los hospitales de Manila, y al día siguiente, esto es, el 12 de Junio, comenzó á funcionar el nuevo establecimiento, con el carácter y la denominación de Hospital provisional de heridos.



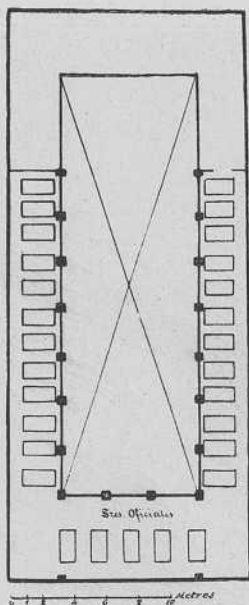
San Juan de Letrán. Plano del Hospital de heridos.

La parte principal de este nuevo hospital la constituía el magnífico salón de actos públicos, donde celebraba sus fiestas académicas el afamado Colegio de los PP. Dominicos. En el salón propiamente dicho, se colocaron 58 camas, que sumadas á las 29 que

había en la galería alta, formaban un total de 87 camas, á cada una de las cuales correspondía un espacio de más de 50 metros

cúbicos. La sala de estudios, contigua al salón principal, tenía 31 camas, y el claustro, que también se habilitó para el servicio clínico, alojaba otras 30; la cubicación atmosférica de estas dos salas, daba 33 metros para cada cama.

Tanto la iluminación solar como la ventilación, podían obtenerse y guardarse á voluntad, merced á un excelente sistema de ventanas y persianas de corredera, que sustituía realmente á las paredes que no eran medianeras, y establecía una amplia comunicación con los patios y jardines del Colegio. Todas las dependencias tenían alumbrado eléctrico, y en todas ellas había hielo y filtros para la refrigeración y



Plano de la galería alta del salón de actos públicos, convertida en clínica de heridos.

esterilización del agua potable.

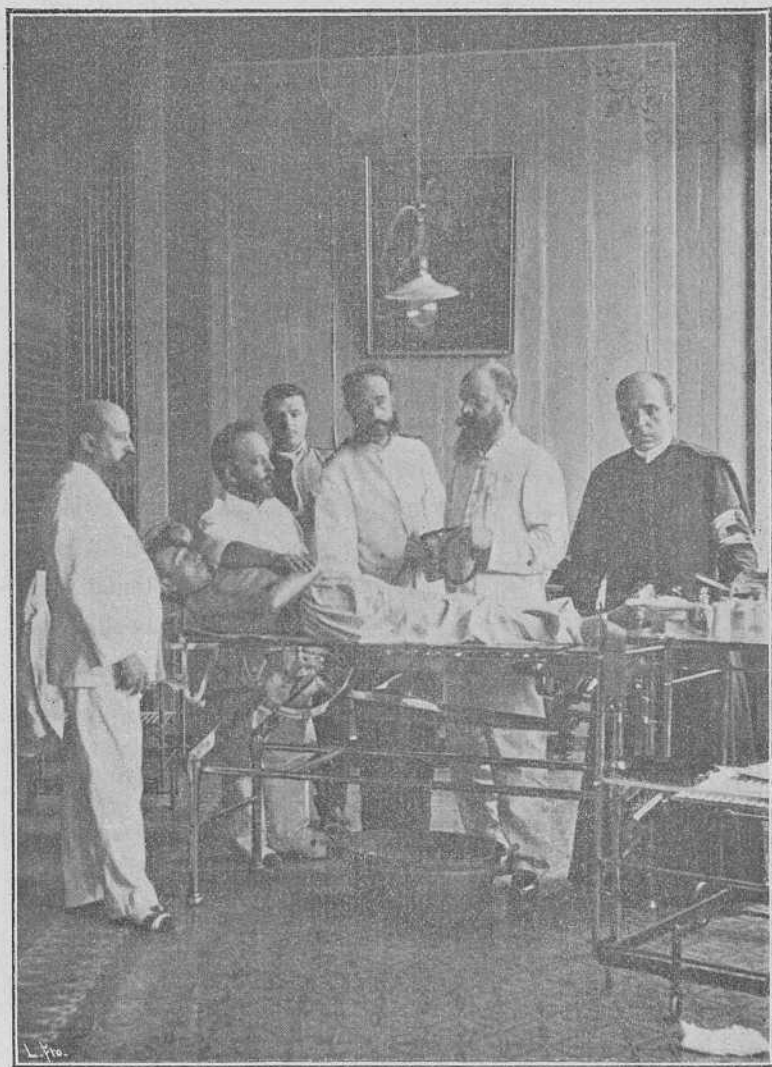
En el escenario del salón de actos se instaló la oficina de farmacia, y allí mismo, los días de precepto, decía Misa el Capellán del hospital, con lo cual se lograba que pudiesen oírlo desde su cama los heridos que no estaban en disposición de andar.

A los lados del vestíbulo se establecieron el cuarto de guardia con el repuesto dietético, la sala de operaciones, constituida con todo el material de que se dispuso en la Ambulancia, y la dirección, que á la vez era sala de juntas y de reconocimientos.

En un ángulo de la sala de estudios se aisló un espacio conveniente, que se utilizaba para las primeras curaciones, y la hermosa azotea que había entre el salón principal y el claustro tuvo excelente aplicación para esparcimiento y paseo de los convalecientes.

Por último, en dos espaciosas habitaciones que nos fueron ce-

didadas en la planta baja del mismo edificio, se arreglaron del modo mejor posible los dormitorios para el personal de plana mayor y



Hospital de San Juan de Letrán. Sala de operaciones.

menor, y de un pequeño local que comunicaba con la sala de estudios se sacó partido también, utilizándole como almacén de ropas y utensilio.

El Hospital de heridos de San Juan de Letrán, tal como se había establecido y organizado, hubiera podido funcionar sin inconveniente alguno y sin perder su carácter primordial. Al menos, así lo reconoció la Subinspección de Sanidad Militar cuando llegó el caso de informar sobre las ventajas que ofrecía dicha organización, ajustada estrictamente á lo preceptuado en el artículo 250 del Reglamento para el servicio sanitario de campaña.

Sin embargo, por no perder la costumbre, y como consecuencia de un escrito del Comisario Interventor de los hospitales de Manila, en que se exponían las dificultades que creaba la nueva organización por falta de personal para la administración de los hospitales provisionales, por el aumento que se produciría en los gastos de libros é impresos y por otras razones de este género, se revocó el acuerdo consignado en la orden de la plaza, fecha 11 de Junio, y se dispuso, en cambio, que los cuatro hospitales provisionales á que dicha orden hacía referencia se considerasen como clínicas dependientes del Hospital militar de Manila, cuyas oficinas se instalaron en el Hospital civil de San Juan de Dios.

Tras de esta disposición dióse la orden de aumentar el número de camas en San Juan de Letrán, debiendo colocarse en la azotea y el vestíbulo las que no cupieran en las salas. Y algún tiempo después, al aclararse las clínicas de heridos, se ordenó también que fueran admitidos 70 enfermos de afecciones comunes, los cuales hubo precisión de distribuir en las camas del claustro y de la sala de estudios.

No obstante; el paso estaba dado y la verdad tenía que quedar en su lugar. Se demostró palmariamente la posibilidad de establecer hospitales en condiciones de aislamiento, de higiene y de comodidad inmejorables, siendo prueba evidente de la beneficiosa influencia de tales medios la favorable estadística que arrojaron las clínicas de heridos cuando éstos pudieron ser hospitalizados y asistidos en debida forma.

La fuerza, en revista, de la guarnición de Manila en 1.º de Enero de 1898, daba un efectivo de 9.597 hombres, según el cuadro siguiente, á cuyo total pueden sumarse 1.819 hombres de todas Armas que había en los hospitales:

ARMAS Ó CUERPOS.	Europeos.	Indígenas.	TOTAL.
Infantería regular	3.616	1.631	5.247
Idem voluntarios.....	72	1.300	1.372
Caballería	44	197	241
Artillería.....	1.009	235	1.244
Ingenieros.....	26	213	239
Administración.....	49	234	283
Sanidad.	148	168	316
Guardia civil.....	40	498	538
Carabineros.	»	117	117
	5.004	4.593	9.597

A las bajas producidas en la cifra total por fallecimiento, repatriación de europeos y deserción de indígenas, superaron los aumentos durante el primer semestre en unos 2.000 hombres próximamente, pues resulta de documentos oficiales, que tenemos á la vista, que en 28 de Agosto, esto es, quince días después de la capitulación de la plaza, pasaron revista en ella 11.567 hombres de todas Armas, sin contar los que se hallaban en el hospital.

En todo el referido año 98 se asistieron en los hospitales militares de Manila

19.825 enfermos, de los que murieron 1.189
y 1.067 heridos, de los que fallecieron 62

La mortalidad de los enfermos fué, pues, de 6 por 100 en conjunto, con relación al número de asistidos, correspondiendo—según más adelante se detalla—el 7'6 por 100 al Hospital de Manila y el 4'7 por 100 al de Malate.

La mortalidad de los heridos alcanzó en total la proporción de 5·8 por 100, habiendo dado el 7 por 100 las clínicas del Hospital de Manila, y el 3·3 por 100 no más las de la Ambulancia y el Hospital provisional de San Juan de Letrán (1.)

En el resumen estadístico siguiente se detalla el número de enfermos y heridos asistidos en los hospitales de Manila durante el año 1898.

MESES.	Hospital militar de Manila.				Hospital militar de Malate.		Ambulancia y Hospital de San Juan de Letrán	
	ENFERMOS.		HERIDOS.		ENFERMOS.		HERIDOS.	
	Entrados.	Muertos.	Entrados.	Muertos.	Entrados.	Muertos.	Entrados.	Muertos.
Existencia anterior.	586	»	116	»	1.117	»	»	»
Enero.....	1.061	53	52	3	1.985	70	»	»
Febrero... ..	493	35	41	»	2.000	61	»	»
Marzo.....	756	46	35	4	1.146	49	»	»
Abril.....	642	24	34	3	945	45	»	»
Mayo.....	261	38	52	2	982	42	131	3
Junio.....	779	41	8	»	»	»	202	8
Julio.....	1.206	45	298	17	809	41	»	»
Agosto... ..	840	67	86	11	638	64	»	»
Septiembre	718	116	4	8	539	46	»	»
Octubre... ..	419	106	4	3	459	53	»	»
Noviembre	454	58	4	»	369	36	»	»
Diciembre.	435	31	»	»	186	22	»	»
Totales	8.650	660	734	51	11.175	529	333	11
		7,6 ⁰ / ₀		7 ⁰ / ₀		4,7 ⁰ / ₀		3,3 ⁰ / ₀

El favorable resultado que arroja la estadística de heridos, mucho más evidente en las instalaciones especiales y aisladas, adquiere mayor importancia y singularidad teniendo en consideración las circunstancias extraordinarias de la plaza, y las no menos extraordinarias condiciones de los heridos.

Hay que recordar lo que fueron aquellos combates incesantes en los meses de mayor calor, y la extenuación que habían de pro-

(1) Entre los once que fallecieron en la Ambulancia y el Hospital provisional de heridos, se cuentan seis que no dieron lugar á tratamiento alguno, y que murieron de una á cuatro horas después de su ingreso, á consecuencia de heridas viscerales.

ducir en el soldado la lucha constante, sin esperanza de auxilio que le llevase á la victoria, la falta del descanso que dá el reposado sueño, y la escasez de víveres sucediendo á una deficiente alimentación; hay que recordar aquella fatal proporción de heridas mutilantes por cascos de metralla, de fracturas conminutas de las extremidades y de balazos perforantes de las cavidades esplácnicas; y ante esos tristes recuerdos y el gran número de operaciones quirúrgicas que fué preciso practicar, no puede menos de enorgullirse el Cuerpo de Sanidad Militar de haber cumplido con su deber, mostrando, como el mejor trofeo de su victoria en Filipinas, esa cifra, 3 por 100, á que ha logrado reducir la mortalidad de los heridos en sus hospitales.

L. AYCART.

(Continuará.)



PESTE BUBÓNICA

(Continuación.)

Aparato digestivo.—La mucosa de este aparato es asiento de inflamación; muy vascularizada y tumefacta en todo su trayecto, presenta focos de reblandecimiento y hasta ulceración, de preferencia en las proximidades de la válvula ileo-cecal. En el dermis de la mucosa abundan los focos hemorrágicos y las infiltraciones sanguíneas.

El microscopio revela que la capa epitelial está poco lesionada; las vellosidades intestinales, infiltradas de numerosos glóbulos blancos en vías de degeneración grasienta, conservan íntegro el epitelio la mayoría de las veces. Las glándulas, en general, sufren poco, y las placas de Peyero están intactas.

El estómago se encuentra muy dilatado por parálisis de la túnica muscular, y con numerosos focos hemorrágicos, de preferencia sobre la gran curvatura, apreciables por el lado de la serosa como pequeñas manchas redondas, negruzcas, del tamaño de una cabeza de alfiler, y rodeadas de un círculo de color gris sucio. La dilatación por paresia muscular suele alcanzar también al intestino delgado; el grueso está ordinariamente sano.

El peritoneo presenta una coloración rosácea ó rojo vinosa, y las venas que discurren entre sus ligamentos están dilatadas é ingurgitadas de sangre. El tejido celular subperitoneal es asiento de una infiltración serosanguinolenta, en ocasiones purulenta; los ganglios mesentéricos están tumefactos.

El hígado, grueso y granuloso, presenta la vesícula biliar muy dilatada, á consecuencia de la obstrucción frecuente de las vías biliares. El estudio histológico del hígado demuestra, según Nepveu,

que el protoplasma celular ha desaparecido casi por completo, y la parte conservada está infiltrada de granulaciones; los núcleos son vesiculosos, se colorean mal y están rodeados de una areola transparente; son frecuentes las infiltraciones sanguíneas; las venas intralobulares, á menudo rotas, están en todos los casos muy dilatadas y repletas de sangre, con numerosos bacilos y coágulos fibrinosos. El epitelio de los vasos biliares está en vías de proliferación.

La lesión principal del hígado es la degeneración granulograsienta del protoplasma celular; estas granulaciones, distribuidas con irregularidad algunas veces, asientan de preferencia en las células más periféricas del lóbulo, y aun entre las mismas se vé que las granulaciones ocupan su periferia, es decir, la parte más directamente en contacto con los vasos, alcanzando rara vez la zona central de las células; á su vez, los lóbulos periféricos más próximos á la cápsula de Glisson, son los más frecuentemente alterados. En ocasiones, las células hepáticas presentan vacuolas voluminosas, claras, refringentes, que no fijan la materia colorante; no es raro encontrar focos de mortificación celular.

La cápsula de Glisson está infiltrada de numerosos glóbulos blancos de núcleos poliformos; entre esta membrana y la peritoneal es frecuente encontrar, de trecho en trecho, focos hemorrágicos.

Aparato respiratorio.—Independientes de las lesiones broncopneumónicas, propias de la pneumonía pestosa primaria, ya estudiadas anteriormente, en el aparato respiratorio se fraguan lesiones en el curso de la peste, que acreditan, una vez más, la naturaleza septicémica de la dolencia. Estas lesiones, que Batzaroff llama pneumonía pestosa secundaria, no son otra cosa que pseudo-tuberculosis, lesiones muy frecuentes en una porción de enfermedades septicémicas, y que, excepción hecha de su forma, no tienen nada de común con los verdaderos tubérculos.

Al iniciarse la producción de pseudo-tubérculos, se ven aparecer en la pleura visceral pequeños puntos blanquecinos, más ó menos separados, rodeados de una zona de reacción rojo oscura; paulatinamente aumentan de volumen, y una vez constituidos se pre-

sentan bajo la forma redondeada ó alargada, blancos ó de color gris sucio, cuya superficie convexa, sobrepasando la superficie pleural, le dá al pulmón un aspecto granuloso, de tamaño variable, desde la cabeza de un alfiler á una nuez; pueden ser tan confluentes que á veces dan al pulmón el aspecto de hepatización; son duros al tacto, y si se les secciona dejan escapar un líquido turbio y grisáceo, que contiene muchos bacilos y leucocitos mononucleados. Estos tubérculos están constituidos de una aglomeración enorme de células redondas, sobre todo de glóbulos blancos mononucleados, más ó menos alterados, algunos restos de estroma de tejido conjuntivo y de un verdadero cultivo del microbio de la peste; están rodeados de una zona de reacción vascular, en la cual son frecuentes los focos hemorrágicos. Como puede notarse en estas producciones pseudo-tuberculosas, faltan los elementos principales que entran en la constitución del tubérculo ordinario: las células gigantes y los epiteliodes.

La estructura del pulmón está profundamente alterada; los tabiques alveolares y lobulares están engrosados, indudablemente debido á la presencia de una enorme cantidad de bacilos y leucocitos; los alveolos dilatados están repletos de células de la desca-mación alveolar, leucocitos, glóbulos rojos y microbios; todos estos elementos se alteran más tarde, constituyendo verdaderos focos de necrobiosis.

Batzaroff, después de notables trabajos experimentales, afirma que la pneumonía pestosa secundaria no es de origen embólico, sino que se fragua en la red linfática del pulmón, y considera muy justamente estas producciones pseudo-tuberculosas como una defensa insuficiente del pulmón, siendo tanto más acentuada su formación cuanto menos virulento es el agente patógeno ó más defensas encuentra en el organismo, por haber introducido en él, previamente, pequeña cantidad de substancia vacinante.

La pleura rara vez presenta trazas de inflamación, pero es frecuente encontrar derrames serosos, serosanguinolentos, hemorrágicos y hasta purulentos.

Sistema nervioso.—Las lesiones que en él dominan son de naturaleza hiperémica y hemorrágica. Las meninges, fuertemente congestionadas, son asiento de infiltración serosa y hasta sanguínea. El encéfalo presenta á las superficies de sección un punteado rojo; los ventrículos, repletos de líquido, y el engrosamiento de los plexos coroides, son indicio de la congestión general de los vasos.

Las lesiones microscópicas, perfectamente estudiadas y descritas por Nepveu, son numerosas; la hoja visceral de la aracnoides está infiltrada de leucocitos, y los bacilos abundan en el espacio subaracnoideo; la diapedesis de leucocitos, alrededor de los capilares, es más acentuada en la corteza de las circunvoluciones; la célula nerviosa, comprimida por los leucocitos extravasados, presenta el núcleo pálido y vesiculoso; el nucleolo, aplicado contra uno de los bordes celulares, ha perdido gran parte de la substancia cromática; las prolongaciones protoplasmáticas, finamente granulosas, se colorean con dificultad, y los cilindros ejes están semiplastados. Todas estas lesiones no afectan por igual á todas las células, existiendo zonas sanas, y otras cuyas lesiones son poco acentuadas.

La médula espinal presenta análogas lesiones congestivas, hemorrágicas y de degeneración.

Los nervios están intactos; rara vez presentan pequeños focos de hemorragia intersticial.

Aparato urinario.—La atmósfera adiposa renal está infiltrada de serosidad sanguinolenta, y hasta algunas veces se encuentra el riñón nadando en una balsa de sangre; los focos hemorrágicos también son frecuentes en el espesor de esta víscera, y hasta los cálices y pelvis renal suelen encontrarse llenos de sangre. La lesión microscópica dominante es la degeneración granulograsienta; la cavidad del glomérulo contiene granulaciones, células procedentes de la descamación del epitelio, glóbulos rojos, blancos y bacilos. La alteración epitelial alcanza también á los tubos uriníferos.

La vejiga urinaria, la mayoría de las veces sana, suele presentar equimosis en el espesor de la capa mucosa.

Del estudio detallado de la anatomía patológica de la peste po-

demostrar, como conclusión, que el agente patógeno determina lesiones inflamatorias, más ó menos acentuadas, en la puerta de entrada, y una vez en el torrente circulatorio produce una discrasia leucocitémica, análoga á la que determinan el grupo genérico de las septicemias agudas hemorrágicas, cuyas consecuencias para la economía son: primero, *el aumento de la diapedesis*; segundo, *fenómenos pilémicos*; tercero, *degeneraciones celulares*; cuarto, *fenómenos congestivos, hemorrágicos, edematosos y la producción de coágulos*.

DR. J. SEGARRA.

(Continuará.)

«GENIO» DE LA EPIDEMIA PORTUENSE

La expresión gráfica de *genio*, que era aplicada por los patólogos hasta hace pocos años, y que ahora ha caído en injustificado desuso, nos dá plena idea del modo de conducirse la plaga, en cuanto á su expansión más ó menos violenta, y en lo que afecta al grado de virulencia.

El carácter de la epidemia pestífera que vuelve á visitar á Europa, venciendo lo mucho adelantado en el grandioso capítulo de la profilaxis, puede decirse que, en los pocos meses de residencia portuguesa, no infunde las alarmas naturales que el recuerdo de su pasado hizo despertar al presentarse los primeros casos.

Empero el sello actual de la *adeno-bacillia epidémica*, no excluye en modo alguno la enérgica campaña sanitaria emprendida; muy al contrario, la persistencia del corto número de invasiones y la existencia de focos diseminados, estimula á hacer más efectiva la defensa, toda vez que los elementos de difusión y la gradación morbosa de la infección pueden abrirse ancho camino, mediante determinaciones más ó menos conocidas.

«Hay que tratar al enemigo pequeño, no como pequeño, sino como enemigo», decía el que estas líneas escribe el año 1893, á propósito de la aparición del cólera en Bilbao; y así, en efecto, se hizo,

tan pronto el Dr. Mendoza, con su habitual competencia y asidua laboriosidad, emitió su luminoso informe acerca de la existencia del bacilo colerígeno en las aguas del Nervión y del Cadagua.

España, que en 1885 fué teatro de mortífera epidemia, ocho años más tarde tuvo ocasión de ver que, á pesar de la existencia del *bacillus coma*, y de la aparición de algunos casos de la enfermedad, ésta no prosperó, extinguiéndose rápidamente. Bilbao fué declarado puerto sucio, saltando por encima de las enconadas iras del comercio.

* * *

El *genio* de la peste actual vá, desgraciadamente, modificándose un tanto, corroborándose la influencia estacional. Pero si el frío favorece el desarrollo de la epidemia, es indudable que en ello no toman pequeña parte las circunstancias concomitantes del invierno, tales como mayor suciedad personal, atmósferas enrarecidas y viciadas en la habitación humana, corto empleo de los valdeos en éstas, por efecto del esterado, etc., no descuidando que si el calor elabora más productos nocivos, el frío tiene mayor sutileza en la difusión.

La morfología del bacilo estudiado por Yersin, ha de prestar con toda seguridad su concurso al *genio* más ó menos exaltado de la presente epidemia. Precisa un minucioso análisis micrográfico, comparativo entre los microbios evidentemente epidémicos y los que manifiestan marcada apatía difusiva; y sin tratar de establecer la escala taxonómica como en otros seres más perfeccionados, ni dejándonos llevar por la imaginación, como el naturalista Gremberg, que creía ver en los infusorios, corazón y cerebro, no abrigamos la menor duda de que las *particularidades* de forma, disposición, etc., ya hechas notar para el mismo microbio específico por los bacteriólogos contemporáneos, han de tener influencia decisiva en sus manifestaciones.

El estudio del *poder reproductor* ha de aportar asimismo gran interés á este cuestionario, como se hizo por el Dr. Mendoza al investigar las vírgulas en los dos ríos que surtían á Bilbao (1893), demostrando que las encontradas en el Cadagua tenían mayor aptitud proliferante que las del Nervión, diferencias que, como se ha probado experimentalmente, hállanse en estrecha relación con la mayor ó menor gravedad de la epidemia.

El capítulo más interesante de la epidemiología, es, como afirma Koch, después de su concienzudo estudio acerca de la distribución de focos colerígenos, el que se refiere al viaje, caminos, medios de

vectación y de vida de que se valen los *viajeros bacilares* hasta su llegada á un organismo de la población invadida, y posteriormente el que alude á sus esparcimientos locales.

Claramente se comprende que sin dejar sentada esa premisa, no solamente no pueden llevarse á la práctica medios evitativos de la propagación, sino que ni aun teóricamente podemos discurrir acerca de su empleo.

Conviene hacer notar que no basta el estudio actual acerca del papel de las ratas (que vienen á ser uno de tantos agentes), ni el de los demás medios de transmisión, *al por mayor*; falta fijar particularidades del mecanismo de implantación del bacillus, *desde el momento que se hace independiente del medio más ó menos burdo y conocido* que le estaciona, ó sea cuando goza de autotransmisión.

Si no conocemos al detalle el modo de ser y conducirse de la epidemia, jamás podremos darnos cuenta de las modificaciones en su genio, reveladas por su mayor ó menor intensidad numérica y patogenética. La racionalidad de las disposiciones y medios profilácticos más perfeccionados, suelen estrellarse á menudo en la práctica; pues si es cierto que el criterio médico sanciona lo actuado, éste se subdivide y no debe tener unidad cuando la investigación es incompleta, y á ello se debe precisamente el incremento de la epidemia.

De nada servirá incendiar edificios y barrios enteros, si la vigilancia es incompleta, el criterio abstracto, la desinfección humana relativa, y la higiene privada y pública de los *no atacados* deficiente; para vencer lo cual, es necesario previamente ilustrar bien á todos cuantos intervienen en el asunto, y posteriormente abarcar con mirada expeditiva, desde la escoba que sirve para el barrido, hasta los trabajos de laboratorio.

Si hay enlace en todo ello, tendremos muy adelantado el camino de la extinción de la epidemia, que si nunca debió ser importada, menos disculpa cabe en lo que hace á la contribución de la mayor potencialidad de su genio.

Ante la posibilidad, cada vez más fundada, de una invasión europea en toda regla, no hemos vacilado en apuntar un criterio avanzado y riguroso, que otros, con mayor autoridad y competencia que nosotros, sabrán mejorar y poner en ejecución.

J. POROUS,
Médico primero.



Prensa y Sociedades médicas

Caso raro de absceso auricular secundario.—El *Dr. Sterling*: Un Médico general asistía á un niño de menos de 2 años, con fiebre alta, que atribuía á la dentición; visto en consulta por otro, éste diagnosticó de igual manera, siendo él entonces llamado. Al reconocer el oído del niño, vió únicamente rubicundez del mango del martillo, como sucede casi siempre al introducir el espéculum. Existía un adenoflemón de los ganglios submaxilares, que invadía la glándula y el tejido celular ambiente. En consulta con el Médico de cabecera, emitió su opinión. Pasados tres días se presentó un flujo purulento auricular, que era consecuencia del adenoflemón, que se había abierto en aquella dirección, desapareciendo el flemón y la fiebre. Por presión parotídea salía pus en cantidad enorme; hizo lavado y dedujo que el pus había pasado por entre la aponeurosis y la piel, yendo á la región porotídea, haciendo irrupción en el espacio existente entre la parótida y el conducto cartilaginoso, saliendo el pus por las cisuras de Santorini al exterior por la parte posterior del conducto óseo. No se podía hacer nada en este caso, porque la arteria facial, empujada hacia arriba al principio, abierto el adenoflemón no se sabía en dónde estaba y se la podía incidir; sólo dejó puesta una mecha de gasa para facilitar el desagüe.

El *Dr. Carralero* vió á un Sr. Coronel de ejército con un proceso purulento que empezó en la parótida; cuando él le vió, ya salía pus por el oído, conservándose íntegra la membrana timpánica; la conducta acordada en consulta con un notable cirujano fué practicar una contra-abertura, introduciendo el estilete por el oído hacia la parótida, haciendo relieve bajo la piel é incindiendo, curándose el enfermo perfectamente.

El *Dr. Cisneros* recuerda haber visto un caso parecido, en el que salía pus por el oído haciendo presiones sobre el cuello.

El *Dr. Sterling*: En la clínica de Lubet-Barbon vió á un individuo, al que faltaba la parte inferior del conducto; pidiendo antecedentes, resultó que había tenido una tumoración exterior, que acaso pudiera ser esto mismo.

Al *Dr. Forns* le extraña el caso expuesto por el *Dr. Sterling*. Por el síndrome parece una parotiditis de la parte baja de la glándula.

El *Dr. Sterling*: La tumoración estaba en la región supra-hioidea lateral, y la parótida, como es sabido, no pasa del ángulo de la mandíbula.

El *Dr. Forns* ha visto una parotiditis operada, abordando la vía pre-auricular para separar el conducto é introducir un tubo de desagüe. Lo que siempre conviene donde haya pus es abrir desagüe

en el sitio más declive; le choca y no se explica que la supuración en el caso del Dr. Sterling se haya agotado por la parte alta, teniendo como foco la región supra-hioidea, y que no haya fundido el tejido conjuntivo contiguo hasta la piel, siendo menos resistentes que las partes que atravesó en su camino.

El *Dr. Sterling*: La glándula parótida está envuelta en una cápsula fibrosa, casi en contacto con el ángulo de la mandíbula, siendo la aponeurosis del cuello bastante resistente para que pase el pus por debajo de ella sin perforarla. La entrada del pus al conducto es fácil. Él encuentra inconvenientes á la incisión pre-auricular.

El *Dr. Forns* recuerda un absceso subcutáneo de la región mastoidea, primitivo, que en vez de abrirse por la piel lo hizo en el conducto por una cisura de Santorini, durando mucho tiempo, hasta que lo abrió por detrás del oído, raspó é hizo cura adecuada, colocando apropiado vendaje, con lo cual curó rápidamente. Ha visto cinco ó seis abscesos análogos, y le extraña que, ocurriendo ésto en la región mastoidea, no acontezca lo propio en la afecta en el caso que se discute. Él hubiera incindido la piel, siendo el proceso parotídeo, disecando con los dedos y el mango del escalpelo; si comenzó por la región submaxilar, por ella lo atacaría si salía aún pus al hacer presión sobre este punto.

El *Dr. Sterling* manifiesta no comprender esa predilección que el *Dr. Forns* tiene por la región pre-auricular.

El *Dr. Forns* tiene esa predilección, porque por ahí estaba el pus.

El *Dr. Sterling*: En la parotiditis difusa, abierta la cápsula el pus desciende; y si es circunscripta, sale al exterior abriendo el foco.

El *Dr. Forns* insiste en que no debe temerse abrir, aunque las relaciones arteriales, en éstas condiciones, no sean precisas.

(*Soc. Oto-rino-laring. Matr.*)

*
* *

Tétanos. Inyección intracraneal de antitoxina.—Hombre de 32 años de edad, herido en el dedo gordo del pie por un carro en 1.º de Junio de 1898. En 4 de Julio acusa dolores irradiados al miembro inferior, rigidez de los músculos de la mandíbula y de la nuca; medicación fuertemente sedante é inyecciones subcutáneas de suero antitetánico los días 10, 11 y 12. El día 13 parece desesperado el estado del enfermo, y anestesiado éste se practica una inyección intracerebral é intrameningea de seis y siete centímetros cúbicos de suero en uno y otro hemisferio.

La mejoría de los síntomas principia la noche siguiente, para continuar hasta el 22 de Julio por una curación completa.

Los autores, Forgue y Roger, deducen de ésto las siguientes conclusiones:

1.^a Se trataba de un caso de incubación prolongada y lenta, que bruscamente revistió la forma aguda, resistiendo á todos los medicamentos, hasta que se practicó la inyección de antitoxina en el ce-

rebros. Se concibe que para dar resultado este método, ha de ponerse en práctica lo antes posible. La intervención regulada por Quénu, y para la cual basta un agujerito en la bóveda craneana, es hoy sencilla y rápida.

2.^a La consideración del tipo del foco tetanígeno debe tener valor desde el punto de vista del pronóstico terapéutico. Lo propio ocurre con las asociaciones microbicas secundarias. La erradicación de este foco, siempre que se pueda, es una buena medida complementaria de la inyección.

3.^a La continuación de la medicación bromurada, cloralada y morfínica, es un recurso que debe mantenerse con insistencia, así como las inyecciones subcutáneas de suero antitetánico.

(*El Siglo Méd.*)

* * *

Los micro-organismos de la cirrosis hepática.—El Dr. Adami, de Montreal (Canadá), después de haber estudiado una enfermedad del ganado (Picton), que caracterizó como una cirrosis especial hepática, acompañada de tumefacción de los ganglios linfáticos abdominales, de ascitis y ulceraciones en el cuarto estómago, y de haber descubierto unas bacterias especiales, ha logrado encontrar estas mismas bacterias en los cortes de hígado humano, afectados de cirrosis atrófica. Ha encontrado unos diplococos rodeados de una cápsula; algunos por su forma parecen gonococos muy pequeños; otros aparecen como bacilos también muy pequeños. Hasta ahora no ha podido obtener coloraciones perfectas. El procedimiento que le ha dado mejor resultado, es el siguiente: poner las secciones ó cortes de la víscera en una solución débil de ácido acético durante uno ó dos minutos; lavar para quitar el ácido; colocarlas en alcohol absoluto y teñir en una solución de azul de metileno en aceite de anilina, durante media hora; pasarlos durante quince segundos á una mezcla de dos partes de aceite de anilina y dos de xilol, y después en xilol puro. Con este procedimiento se pueden obtener preparaciones extemporáneas, pero no permanentes. Se pueden descubrir los micro-organismos muy claramente en el tejido de nueva formación y en las celdillas hepáticas. Algunos, sin embargo, no quedan bien teñidos, y aparecen de un color moreno; probablemente están muertos. El autor ha hecho sus investigaciones en el Rush Medical College de Chicago, y en el hospital Johns Hopkins de Baltimore. En todos los casos de cirrosis atrófica que ha estudiado ha podido reconocer las bacterias dichas. El doctor Osler presentará próximamente una descripción detallada de las más interesantes observaciones, en la sesión de la Asociación Médica Británica en Edimburgo.

(*Journal of the Amer. Med. Assoc. Chicago.*)

* * *

Empleo del aire á elevada temperatura contra las afecciones

articulares.—Después de haber experimentado durante dos años el empleo del aire caliente, el Dr. H. A. Wilson, profesor de cirugía ortopédica en «Jefferson Medical College», de Filadelfia, ha observado que, entre las afecciones articulares, los esguinces son los que mayor provecho sacan de este modo de tratamiento, sobre todo si es aplicado poco tiempo después del accidente. En cambio, la gota y el reumatismo, ya sean agudos ó bien crónicos, no son influidos de una manera favorable; ni el dolor ni la inflamación ceden, y á menudo llega hasta á producirse una agravación del mal.

En las hidrartrosis, el derrame desaparece por lo general rápidamente, y el proceso morbosos se halla entonces en buenas condiciones desde el punto de vista de la curación definitiva. Nuestro colega ha notado que, en estos casos, es preferible utilizar una temperatura relativamente poco elevada (150°, por ejemplo), durante dos horas, más bien que emplear el aire calentado á 200° durante media hora.

Este modo de tratamiento produce buenos efectos en las anquilosis fibrosas, cuya curación exige, como máximum, unas 50 sesiones, las cuales deben tener lugar con dos días de intervalo. En general, después de una aplicación de una hora se llega á hacer describir á la articulación afectada movimientos de 10° á 15° de extensión, sin ocasionar dolores intensos. Sin embargo, en ciertos casos, la rotura de la anquilosis vá acompañada de dolores muy vivos.

El Dr. Wilson ha obtenido resultados muy satisfactorios en la tuberculosis ósea ó articular; pero es difícil precisar aquí cuál es la parte que corresponde en el éxito á la inmovilización del miembro.

Nuestro colega estima que los grados térmicos más elevados (de 188° á 204°) deben de ser empleados en los sujetos atacados de tuberculosis ó de anquilosis, en tanto que las temperaturas más bajas (de 121° á 149°)—las cuales pueden ser soportadas durante dos á cinco horas cada día—quedan reservadas para los casos en que se desea obtener una transpiración abundante.

*
* *

Dermatosis. Acido cacodilico.—M. Danlos ha manifestado á la *Sociedad Médica de los Hospitales*, en la sesión de 16 de Junio último, que desde 1896 viene empleando el ácido cacodilico en aplicaciones externas y al interior.

Para el uso externo, ha utilizado como tópicos soluciones de ácido no neutralizado, dosificadas al 50 y 75 por 100. Para el uso interno se ha servido siempre del ácido neutralizado, es decir, del cacodilato de sosa, el cual se prepara muy sencillamente neutralizando el ácido en solución por medio de bicarbonato de sosa.

Para el interior se puede recurrir á la vía estomacal ó á la vía hipodérmica. Tomado por la boca, el ácido cacodilico, aunque esté neutralizado, tiene un sabor desagradable tenaz. Sin embargo, ha

conseguido hacerlo aceptar con bastante facilidad, mediante la siguiente fórmula:

Acido cacodílico neutralizado	2 gramos.
Rom	20 —
Jarabe de azúcar.....	20 —
Agua destilada	60 —
Esencia de menta.....	I ó II gotas.

Una cucharada de las de café de esta mixtura representa exactamente 0 gr. 10 centigr. de ácido cacodílico.

De este modo puede ser administrado bajo forma de píldoras, conteniendo cada una 0 gr. 05 centigr. de extracto de genciana por 0 gr. 10 centigr. de ácido neutralizado.

Por la vía hipodérmica, hase servido de soluciones que contenían de 3 á 5 por 100 de ácido neutralizado. Como disolvente, ha empleado la solución anestésica de Schleich, cuya composición es como sigue: clorhidrato de cocaína, 0 gr. 10 centigr.; clorhidrato de morfina, 0 gr. 025 miligr.; cloruro de sodio, 0 gr. 20 centigr.; agua fenicada á 5 por 100, dos gotas; agua destilada Q. S. p. 100 c.c.

Ha tratado hasta hoy por el ácido cacodílico el psoriasis, el acné, el liquen plano, el lupus eritematoso, la tuberculosis cutánea, la adenitis tuberculosa, la sarcomatosis de la piel, etc.

Después de un período bastante largo de tanteos, ha concluído por adoptar, en el tratamiento de esas dermatosis, la dosis media de 0 gr. 40 á 0 gr. 60 centigr. por día para los hombres, 0 gr. 30 á 0 gr. 40 centigr. para las mujeres, cuando el medicamento es tomado por la boca.

Por la vía hipodérmica, que se considera como más segura, no ha pasado de 0 gr. 40 centigr. por veinticuatro horas.

A esas dosis, el empleo del medicamento puede ser continuado durante muchos meses.

A juzgar por los resultados obtenidos, puede afirmarse que las principales ventajas del ácido cacodílico sobre las otras preparaciones arsenicales son una actividad mayor, una toxicidad infinitamente menor, manejo de dosis á mucha más grande escala y, por último, una indolencia casi completa en inyecciones hipodérmicas. Pero, al lado de estas ventajas, el ácido cacodílico ofrece algunos inconvenientes: á dosis elevada y por la vía bucal, determina algunas veces cólicos, que obligan á suspender su empleo. Dos de los enfermos de Danlos han acusado también vivos dolores en las piernas, después de dos meses próximamente de tratamiento. Por otra parte, el Dr. Balzer ha notado, después de la administración del ácido cacodílico, la aparición de dermatitis eritematosas, lo bastante graves para hacerle renunciar á su empleo.

Añádase que en muchos casos de psoriasis no aleja las recidivas; modera sus accesos, pero sin llegar á cohibirlos completamente; no es, pues, un específico de esta enfermedad.

(Sem. Méd.)

Equinococo del tejido celular de la pelvis y del hígado.—La observación referida por M. R. Chrobak se refiere á una mujer, que presentaba un tumor redondeado, resistente, de superficie lisa, cuyo punto de partida radicaba en la pelvis menor—que llenaba en gran parte—y se extendía hasta la línea umbilical. Un segundo neoplasma, de forma ovoide, más grueso que el puño, de consistencia dura, y al parecer pediculado, estaba situado en parte debajo de las falsas costillas derechas. Supúsose que se trataba de miomas uterinos múltiples; pero la operación evidenció que era cuestión de equinococos localizados en el tejido celular retro-cervical y en el borde del hígado. El tumor superior era, por tanto, independiente del inferior.

Chrobak hace notar que, en general, el equinococo se desarrolla entamente, y no se traduce sino por manifestaciones morbosas poco numerosas. En el caso de que se trata, la rigidez y el espesor de las paredes del tumor impedían que se percibiera fluctuación, y la dureza del neoplasma parecía militar en pró de la existencia de un mioma. El estremecimiento hidatídico no es casi nunca apreciable en los equinococos de la pelvis. En consecuencia, cada vez que uno se halla en presencia de un tumor retrocervical que se haya desarrollado de una manera lenta y sin ocasionar fenómenos graves, hay que pensar en la posibilidad de un equinococo, sea cual fuere, por otra parte, la consistencia del neoplasma.

(Centr.-Bl. f. Gynäkol.)

FÓRMULAS

363

Bromoforno.....	L gotas.
Aceite de almendras dulces.....	} áá 15 gramos.
Goma arábica.....	
Jarabe de corteza de naranja.....	
Agua destilada.....	

Para tomar una ó dos cucharadas pequeñas de las de café, mañana y noche.

En la **coqueluche**.

(Berlioz.)

* * *

364

Acido salicílico.....	2 gramos.
Lanolina.....	50 »
Oxido de zinc y.....	} áá 24 »
Almidón.....	

M. Uso tópico.

En el **impétigo**.

(Brandis.)

SECCION PROFESIONAL

LICENCIAS.

«Circular.—Excmo. Sr.: Vista la necesidad de que los soldados convalecientes de padecimientos graves disfruten de licencia por enfermos, siempre que los Médicos del Cuerpo de Sanidad Militar encargados de su asistencia en los hospitales militares consideren conveniente el empleo de este recurso higiénico y terapéutico, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que quede sin efecto la limitación que establece el artículo 37 de las instrucciones para la concesión de licencias á los Jefes, Oficiales y clases de tropa del ejército, dictadas por Real Orden de 16 de Marzo de 1885 (C. L. núm. 132), y se otorguen licencias temporales por enfermos á dichos individuos de tropa, tanto en los meses de Noviembre á Marzo inclusive, como en los demás del año, y para poblaciones pertenecientes á todos los distritos militares; autorizándose, en su consecuencia, á los Jefes de clínica de los hospitales, para formular las correspondientes propuestas en la época y para la población que el tratamiento de los soldados convalecientes requiera.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 4 de Noviembre de 1899.—Azcárraga.—Sr...»

*
**

RETIROS.

«Circular.—Excmo. Sr.: Tanto el artículo 10 de la Ley adicional á la Constitutiva del ejército de 19 de Julio de 1889 (C. L. núm. 341), que instituyó la Orden de María Cristina, como el 8.º del Reglamento de la misma Orden, aprobado por Real Decreto de 30 de Enero de 1890 (C. L. número 36), preceptúan que las pensiones anexas á la expresada condecoración se computen como aumento efectivo de sueldo para la declaración de haber de retiro á los interesados, pero no determinan de un modo claro y concreto si para obtener el mencionado aumento basta la sola posesión de dicha condecoración, ó si es preciso haberla disfrutado el plazo mínimo que se exige en otras disposiciones para poder lograr en situación pasiva el sueldo correspondiente al empleo. Y teniendo en cuenta que esta omisión ha dado lugar á varias dudas y vacilaciones

que es indispensable evitar, y que tratándose de la aplicación de estas prescripciones á los efectos del retiro, deben armonizarse con las Leyes que regulan dicha situación. Considerando que el artículo 1.º de la Ley de 2 de Julio de 1865 exige, para que se tome como tipo regulador del retiro el sueldo de un empleo, que éste se haya ejercido por espacio de dos ó más años, dispensándose por el artículo 3.º de la misma Ley el cumplimiento de aquella condición á los Jefes y Oficiales que lo obtengan forzosamente por haber cumplido la edad reglamentaria. Considerando, asimismo, que la citada Orden de Maria Cristina se creó por la referida Ley adicional á la Constitutiva del ejército en equivalencia de los empleos personales suprimidos por la misma Ley, y que para obtener el retiro con arreglo al sueldo señalado al empleo personal, era requisito indispensable haberlo disfrutado también por lo menos dos años, salvo la excepción comprendida en el párrafo anterior. Considerando, por último, que la mencionada Ley adicional, al enumerar las diversas recompensas que desde su promulgación pudieran otorgarse por servicios y merecimientos de campaña, estableció entre ellos cierto orden jerárquico, correspondiendo al segundo grupo el ascenso al empleo inmediato, y al tercero la condecoración de que se trata, y que siendo esta recompensa inferior á aquélla, si se exigiera el requisito de determinado tiempo de ejercicio en el empleo para que el sueldo á él asignado fuera el regulador para el señalamiento de haber pasivo á los ascendidos, y se prescindiese de tal circunstancia respecto á los condecorados con aquella Orden, se daría el contrasentido de obtener mayor beneficio una recompensa de menor importancia que otra, en relación al mismo extremo, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por el Consejo Supremo de Guerra y Marina en pleno, en 1.º de Mayo y 11 de Agosto últimos, y por el Consejo de Estado en 13 de Octubre siguiente, ha tenido á bien disponer que, á partir de esta fecha, y para poderse computar la pensión que lleva aneja la condecoración de la Orden de Maria Cristina á los efectos del sueldo de retiro, es indispensable que los interesados hayan disfrutado dicha pensión dos años, por lo menos, á no ser que estuviesen comprendidos en la excepción señalada en el artículo 3.º de la citada Ley de retiros de 2 de Julio de 1865.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 6 de Noviembre de 1899.—Azcárraga.—Sr....

VARIEDADES

El Dr. Vogel, Médico militar, dice en un periódico alemán que la frecuencia de las enfermedades venéreas en los principales ejércitos de Europa, es la siguiente:

Ejército italiano.....	9,5	por 100 del efectivo.
— austriaco.....	6,4	—
— francés.....	4,7	—
— bávaro.....	3,5	—
— prusiano.....	2,2	—

Estas cifras sólo hacen referencia al número de enfermos ingresados en los hospitales.

Adviértase de paso, que la proporción mayor corresponde al ejército del país en que desde hace años no son sometidas las prostitutas á la visita médica.

*
*
*

En la tarde del día 7 del corriente, y en el local de la Academia Médico-quirúrgica, ha dado una interesante conferencia nuestro distinguido compañero y amigo, el Médico Mayor D. Jerónimo Pérez Ortiz, para presentar, al numeroso é ilustrado público que le escuchaba, un nuevo modelo de *carruaje-hospital*.

Sin tiempo para ocuparnos como merece de este nuevo elemento de material sanitario, nos limitaremos á manifestar la grata impresión que en todos produjo el acierto y la discreción con que, el laborioso Sr. Pérez Ortiz, ha sabido vencer las dificultades que entraña la solución del problema que trata de resolver.

Asistieron casi todos los Jefes y Oficiales del Cuerpo residentes en esta Corte, así como los distinguidos Inspectores Sres. Serrano y Gallego.

