

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVI Madrid 1.º de Septiembre de 1902 Número 365

LOS HERIDOS EN LA EXPLOSIÓN DEL POLVORÍN DE CARABANCHEL

(Historia clínica del paisano Emilio Gaitán Morales).

Al ocurrir la explosión del polvorín pequeño del Campamento de Carabanchel, el 26 de Junio último, hallábase segando á unos 600 metros del lugar de la catástrofe, un hombre llamado Emilio Gaitán Morales, natural de El Álamo (Madrid), de cuarenta y tres años de edad y de una constitución orgánica excepcionalmente vigorosa, el cual sufrió múltiples lesiones en distintos puntos de su cuerpo, producidas por varios pedazos desprendidos de los edificios próximos en el momento de la voladura.

Largo espacio de tiempo permaneció este desgraciado sin recibir ningún género de auxilios, porque, hasta bastante rato después de ocurrir el accidente, no se supo que existía semejante herido. Cuando fué hallado, su aspecto produjo profunda impresión en cuantos le vieron; carnes y ropas desgarradas, sangre y lamentos arrancados por la crueldad de las lesiones, formaban un conjunto verdaderamente horrible; la cabeza aparecía como deshecha por la extensión de las heridas, y las piernas eran una masa informe de tejidos machacados.....

A las nueve de la mañana ingresaba en la sala 4.ª de Cirugía del hospital militar de Madrid, á cargo del Médico mayor D. Rafael Díaz Atienza, y á ella fué trasladado con gran trabajo y cuidados exquisitos en una camilla, con una ligera cura de sus múltiples lesiones, hecha rápidamente en el lugar del siniestro.

Después de acomodarle en una cama, pues dada la multiplicidad de sus heridas y el largo tiempo que se tardaría en curarlas, se creyó preferible esto á la mesa de curaciones; se le despojó de las ropas en que venía envuelto y se procedió á reconocerle, encontrando:

I. *En la cabeza.*—Extensa herida, de bordes muy irregulares, en los tejidos blandos del lado derecho de la cara, desde el ángulo interno del ojo izquierdo hasta la comisura derecha de los labios, pasando por encima de la nariz, con desprendimiento de ésta hacia la izquierda. En el fondo de la herida aparecían fracturados, en muchos fragmentos, los huesos propios de la nariz, los unguis, el vómer, los cartílagos nasales, el pómulo y el maxilar superior derecho; había extensa zona de crepitación y movilidad anormal en toda la superficie lesionada y en la bóveda palatina, acusando, por tan-



to, fractura de los huesos correspondientes. Gran inflamación en el globo ocular derecho, del cual, por una rasgadura de la córnea, han salido los humores acuoso y vítreo, el cristalino y porciones de otros tejidos intraoculares. La deformidad producida por esta gran solución de continuidad, rodeada de piel y músculos magullados, era espantosa; de ella da alguna idea la adjunta lámina, de fotografía obtenida directamente por el administrador del hospital militar Sr. Esquivel.

II. *En la pierna derecha.*—Extensa herida y aplastamiento de todos los tejidos de la mitad posterior de la pierna derecha; la masa de los gemelos y el sóleo es un puñado de papilla; hay rotura de la arteria tibial anterior. Crepitación y movilidad anormal en el tercio medio de la pierna y un considerable trombus en la mayor parte de ella, por el aneurisma difuso á que ha dado lugar la sangre escapada de la tibial.

III. *En la pierna izquierda.*—En el tercio inferior de la pierna izquierda, como á tres centímetros por encima de los maléolos, hay crepitación y movilidad anormal. En la parte posterior del pie, ancha y profunda herida; las partes blandas están destruídas, y el calcáneo y el astrágalo fracturados en multitud de pedazos.

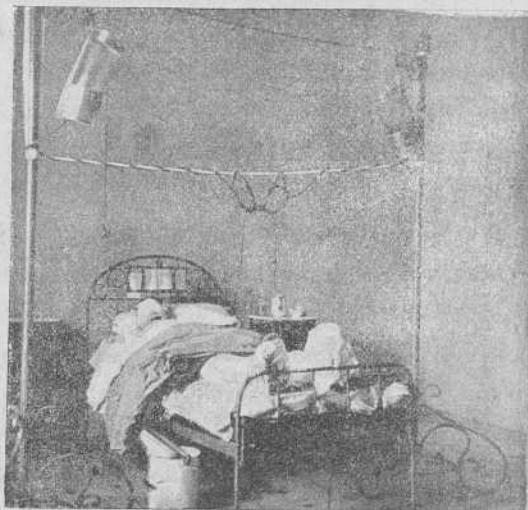
Lo numeroso de estas lesiones y su importancia acusaban, de primera intención, una gravedad extraordinaria, así es que el pronóstico se formuló en los términos correspondientes.

En cuanto al estado general del herido debemos indicar que se hallaba bajo la impresión de un shock violentísimo, de un estupor profundo que no le permitía responder á ningún género de excitaciones. Durante el tiempo que se tardó en curarle, y no obstante haber tenido que molestarle mucho, á pesar del cuidado que en toda la operación se ponía, sólo dejó oír el enfermo algunos gemidos que en realidad no podían ser considerados como expresiones de dolor.

En la cabeza, después de hacer un perfecto lavado y una desinfección completa de las heridas y de las partes inmediatas, y habiendo suturado el labio superior, se aplicó un apósito antiséptico esterilizado. En las piernas, previa la desinfección correspondiente, se hicieron las curas apropiadas, rellenando con gasa los huecos que dejaron los tejidos que se desprendieron, poniendo férulas para mantener las fracturas reducidas y colocando ambos miembros, después de completados sus apósitos, en sendas gotieras que les inmovilizasen. Por último, habiendo dispuesto un sencillo mecanismo, se estableció la irrigación continua para las dos

piernas con una solución de: timol, 10 gramos; glicerina, 500 gramos; alcohol, 500 gramos; agua, 10 litros.

La fotografía adjunta, debida también á la amabilidad del señor Esquivel, da idea de cómo quedó el enfermo después de curado.



Para completar el tratamiento, se dispuso: leche, cuanta pudiese tomar; limonada sulfúrica; inyecciones de suero artificial, fórmula de Dieulafoy, 100 cc., cada dos horas. Aislamiento, silencio y reposo.

Huelga decir que, en vista del estado del paciente, apenas se terminó la cura de las heridas le fueron administrados los últimos Sacramentos.

*
* *

Son tantas las reflexiones que el estudio de este caso nos sugiere, y de tan diversa índole, dada la variedad de sus lesiones y las numerosas fases que ha presentado el mal hasta el día en que terminó, que creemos de absoluta necesidad, para hacerlas con tino y con orden, transcribir íntegro el diario clínico del mismo; de no hacerlo así nos expondríamos á repeticiones ó á omisiones inoportunas, que deseamos evitar. Por otra parte, únicamente de

este modo se puede formar, en conjunto, juicio exacto de la marcha de estas heridas y de la eficacia de los medios que se han empleado para su curación.

Junio 26.—Lo descripto; el enfermo está apirético.

Junio 27.—Dolor en las heridas y fracturas; ligera reacción febril y alguna excitación nerviosa. Se añade al tratamiento una mixtura antiespasmódica para que tome á cucharadas.

Junio 30.—Ha desaparecido la excitación. Temperatura máxima entre seis y siete de la tarde, 38°,7; pulso, 112. Las heridas de la cara presentan buen aspecto y comienzan á eliminarse porciones de tejidos mortificados; se extraen pequeñas esquirlas del pómulo y maxilar superior, otras del calcáneo izquierdo, y se elimina gran parte del tendón de Aquiles. Suspéndese la mixtura antiespasmódica.

Julio 1.º—Temperatura, 39,8, y pulso, 120. Lengua, muy seca; buen aspecto las heridas de la cabeza y pierna izquierda; en la derecha, alrededor de la herida, hay una extensa zona de color plomizo, y en el fondo se ven los tejidos hechos putrúlagos. Se dispone: bromuro quínico, 1 gramo; benzoato de sosa, 3 gramos; jarabe, 30 gramos; agua, 100; para tomar á cucharadas cada hora. Cura antiséptica; toques en la herida de la pierna derecha, con solución de cloruro de zinc al 8 por 100; sigue la irrigación y las inyecciones de suero. Dieta láctea. En vista del estado de la pierna y previa consulta, se determina la amputación de ella.

Julio 2.—Practícase la amputación por el tercio medio del muslo, método circular; subióse tanto buscando tejidos sanos para el colgajo, y aún así, se encuentran en el tejido celular subcutáneo trombus y equimosis que inspiran recelos. La operación se hizo bajo la acción del cloroformo y aplicando dos vueltas de la venda de Esmarch, y sobre ellas el tubo elástico para la hemostasia. Se seccionó la piel y después los músculos, en dos tiempos, para buscar el paralelismo después de la retracción; el hueso se serró sin dificultad, hallándose sana la médula. Se hace un drenaje de gasa y la sutura de la piel. Cura antiséptica. Temperatura, 39,2, y pulso, 114.

Julio 3.—Sin novedad. Temperatura, 39,5, y pulso, 124.

Julio 4.—De la cara y pie izquierdo siguen eliminándose esquiras. Temperatura, 39. Lengua, seca; diarrea. El apósito del muñón está seco. Se cambia la limonada sulfúrica por cocimiento de arroz gomoso, para bebida.

Julio 6.—Las heridas de la cara y pie izquierdo asépticas, y cubriéndose aquéllas de mamelones; levántase el apósito del muñón, y la herida operatoria aparece limpia, sin ninguna exudación y atónica. Temperatura, 38,6, y pulso, 120.

Julio 8.—Mejora la herida de la cara; el ojo se retrae y cicatriza bien; en el pie izquierdo aparece un foco séptico; el muñón, atónico, sin exudación ni olor; cesa la diarrea; temperatura, 38,6, y pulso, 120. Se substituye el cocimiento de arroz por limonada vegetal. El enfermo comienza á tomar caldos y vino de Jerez, alternando con la leche.

Julio 10.—Temperatura, 38,6, y pulso, 116. Adelanta la cicatriz de la cara; se quitan los puntos de sutura del muñón y se frota el colgajo flácido é inerte con aceite esencial de trementina; rellénanse los senos con gasa iodofórmica; en el pie no se agota el pus. El estado general decae.

Julio 12.—Temperatura, 38, y pulso, 120. Las heridas en igual estado. Aunque el enfermo todavía no puede masticar, ya pronuncia con claridad y se le entiende bien.

Julio 13.—Temperatura, 38,3, y pulso, 120. La cara bien; el muñón en el mismo estado; se acentúa la necrosis en el tarso izquierdo; las fuerzas muy decaídas.

Julio 15.—Temperatura, 38,2, y pulso, 120. La cara bien; el muslo completamente atónico y aséptico; en el pie sigue la necrosis, y la extremidad está como momificada. Celébrase nueva consulta, y después de larga deliberación, en que la mayoría opina que la arterio-esclerosis influye decididamente en el mantenimiento de las lesiones, se decide, por unanimidad, la amputación del miembro, á pesar del aspecto del muñón del muslo derecho y de los temores que inspira el estado general.

Julio 16.—Se hace la amputación por el tercio superior de la pierna, método circular, previa la cloroformización del enfermo y la hemostasia. La operación, que duró veintiocho minutos, no ofrece nada de particular; déjase un drenaje de gasa, y se sutura y cura en la forma corriente, colocándose un apósito antiséptico y esterilizado. Temperatura, 38,4, y pulso, 128.

Julio 17.—La superficie de las heridas, algo más animada; no ha habido reacción febril, siendo la temperatura 38,3 y el pulso de 124; hay sed, abatimiento muy marcado y alguna diarrea. Continúan las inyecciones de suero artificial; se cambia la limonada por los cocimientos de arroz y blanco-gomoso; además se añade: extracto blando de quina, 4 gramos; vino de Jerez, 100 gramos, para tomar á cucharadas cada hora.

Julio 18.—El mismo estado general. Se levanta el apósito de la pierna izquierda, y el muñón presenta buen aspecto en cuanto á la septicidad, pero se ve que participa de la atonía general.

Julio 20.—Aumenta la debilidad y hay diarrea abundantísima; las heridas de la cara avanzan á la curación, pero los muñones están sin vitalidad; se les estimula con aceite esencial de trementina. Se dispone: salicilato de bismuto, 4 gramos; extracto de ratania, 2 gramos; agua, 120 gramos; jarabe de meconio, 30 gramos, para tomar á cucharadas de hora en hora.

Julio 21 y 22.—El mismo estado.

Julio 23.—Cede la diarrea. Temperatura, 38, y pulso, 120, pequeño y fugaz. Las heridas de la cara, bien; los muñones muy flácidos.

Julio 24.—Desaparece la diarrea. Temperatura, de 36,8 á 37,6. Aumenta la adinamia, y el enfermo permanece en un sopor continuo. Se suspende la poción de bismuto y ratania, sosteniéndose con todo vigor el tratamiento.

Julio 25.—Igual estado durante el día. A las diez de la noche la temperatura sube rápidamente á 40°, y baja á 37,2 á la seis de la mañana. Se dispone: bromuro quínico, 2 gramos, en cuatro dosis, para tomar con intervalos de una hora.

Julio 26.—El estado general decae mucho. Las heridas de la cara casi cicatrizadas; el muñón izquierdo completamente atónico y aséptico; el derecho cubierto con una capa de tejidos mortificados, flácido, frío y sin vida. Temperatura, 39,4, y pulso, 120. Se sostiene el tratamiento, y se cura el muñón del muslo con polvos de carbón y quina.

Julio 27.—Más abatido. Temperatura, 39,6, y pulso, 116. Los muñones igual.

Julio 28.—Queda limpio el muñón del muslo; cúranse ambos tocándoles con solución de cloruro de zinc al 10 por 100. El enfermo pierde las fuerzas con rapidez; no habla, y es muy difícil sacarle del sopor. Temperatura, 39,7, y pulso, 120.

Julio 29.—De nuevo se presenta la diarrea, que contribuye á acabar las fuerzas. Lo demás en la misma situación. Dispónese otra vez la poción que tuvo de salicilato de bismuto y ratania. Temperatura, 39,8, y pulso, 120.

Julio 30.—El cuadro permanece igual, acentuándose la adinamia.

Julio 31.—Completamente agotadas las energías físicas.

Agosto 1.º—Á las cuatro y cuarenta minutos de la madrugada muere, en estado de profunda adinamia.

* * *

Después de meditar por largo tiempo sobre el diario clínico de este desgraciado enfermo, y uniendo las impresiones que su lectura nos produce con las múltiples reflexiones que se nos han ocurrido durante los días de su existencia, no vacilamos, para estudiar este caso, en aceptar como mejor medio el de ir analizándolo en sus distintas fases y evoluciones, con arreglo al siguiente plan:

- 1.º Antecedentes generales del sujeto.
- 2.º Transtornos que sufrió en la explosión.
- 3.º Heridas de la cabeza.
- 4.º Heridas de las piernas; fracturas y autopsia de los miembros amputados.

- 5.º Heridas operatorias. Oportunidad de la intervención quirúrgica.
- 6.º El estado general durante el curso de la enfermedad. Funciones de nutrición y de relación hasta la muerte.
- 7.º Autopsia total.
- 8.º Causas de la muerte.

1.º *Antecedentes generales del sujeto.*—Indicamos como de pasada, al trazar la filiación de Gaitán, que era de constitución «excepcionalmente vigorosa», y en ello habremos de insistir ahora. Con efecto; los datos anamnésticos que recogimos, facilitados por su esposa, revelan que este hombre no había padecido nunca enfermedad alguna, no obstante que, por su profesión de jornalero, estaba sufriendo sin cesar las más crueles injurias de la intemperie. En todas las épocas del año trabajaba en el campo; tenía, en ocasiones, que hacer largos viajes á pie para buscar trabajo ó para sostenerlo cuando le hallaba lejos de su habitual residencia, y el escaso producto de sus jornales apenas le proporcionaba lo bastante para aprovecharse de una alimentación pobrísima.

Había tenido siete hijos; de ellos sólo vive una niña de dos años, habiendo muerto los demás antes de cumplir los cinco de edad: dos de difteria, uno de catarro pulmonar y tres en el período de la dentición, probablemente de atrepsia; la niña que vive está bien desarrollada.

Los rigores del trabajo habían impreso en el semblante de este hombre cierto sello de vejez prematura; tenía el cabello y la barba casi blancos, pero la piel estaba tersa. El cuerpo y los miembros muy bien conformados, musculosos, de líneas firmes y duras, con muy escaso tejido celular, todo lo cual demostraba un buen desarrollo.

Teniendo esto en cuenta, así como el vigor sostenido durante los primeros días de su estancia en el hospital, no dudamos en afirmar el extremo antedicho, por más que éste pudiera parecer

falso en vista de las consecuencias sufridas en las últimas etapas de la enfermedad.

No dejó de llamarnos la atención la dureza y rigidez de los vasos; las arterias eran verdaderos cordones resistentes, y este carácter fué marcándose más cada día conforme aumentaba el enflaquecimiento del paciente. Sospechóse, pues, desde el principio, la existencia de la arterio-esclerosis, si bien entonces no llegó á inspirar ningún recelo verdaderamente serio.

J. HUERTAS,

Médico primero.

(Continuará).

Prensa y Sociedades médicas

Las heridas en la guerra de China.—El informe de M. Bicharel sobre los servicios de la ambulancia de brigada en la expedición á China, encierra algunos datos interesantes y muchas observaciones referentes á las heridas de guerra.

Las circunstancias de la campaña fueron tales, dice el autor, que la parte de la brigada del ejército que ha operado en Pao-tin-fou y en las regiones vecinas no tuvo ningún encuentro con las tropas regulares chinas, cuyos elementos de combate se habían retirado á las fronteras montañosas de Chan-si. Al contrario, nuestras tropas en la región tenían muy frecuentemente encuentros con las partidas sublevadas y armadas que había en ciertas villas. El armamento de estas partidas no ofrecía la uniformidad que el de las tropas regulares; al lado de el fusil Mauser, que es el tipo oficial en China, se encontraban armas de fuego de todos calibres y modelos, hasta el antiguo fusil de chispa, todavía muy empleado. En cuanto á la artillería, representada la mayor parte del tiempo por piezas que se cargaban por la boca, de corto alcance y de precisión nula, no ha producido efecto alguno. En estas condiciones, los traumatismos por armas de guerra observados han sido poco numerosos. Algunos, sobrevenidos accidentalmente y causados por nuestro fusil de guerra, han venido á aumentar el número de observaciones interesantes. Conviene advertir que para todas las heridas, excepto para

una herida perforante del tórax, los socorros han sido bastante inmediatos.

Las heridas superficiales, los sedales de las partes blandas, han revestido una gran simplicidad y se han curado sin incidente ni infección alguna.

Dos heridas perforantes del tórax han sido observadas, una en el lado derecho, la otra en el lado izquierdo; la primera por bala de fusil chino (Mauser probablemente), interesando la región epigástrica y el fondo del saco plural. Curó después de una pleurotomía y la resección de 5 centímetros de dos costillas.

En la segunda, producida por el fusil Lebel, el proyectil, cuyo orificio de entrada estaba en el sexto espacio intercostal derecho, por fuera de la línea mamilar, había interesado el pulmón en su mayor espesor. La evolución de la herida fué larga y la convalecencia se obtuvo después de la resección de 5 centímetros de la octava costilla izquierda.

Aunque la terminación haya sido favorable en las dos observaciones, la evolución no ha sido tan sencilla como algunas veces se observa; el derrame intra-pleural se infectó, no bastando las punciones simples para determinar su desaparición; fué preciso recurrir á las resecciones costales para obtener resultados satisfactorios.

Las fracturas de los huesos largos por proyectiles de guerra han sido poco numerosas: tres. Una fractura del segundo metacarpiano, producida accidentalmente por fusil Lebel, evolucionó con una extrema simplicidad. No ocurrió lo mismo en los otros dos casos, en que se trataba de fracturas del fémur.

En uno de estos dos casos se trataba de un zuavo que fué herido en el muslo por un disparo hecho á 600 metros. El orificio de entrada se encontraba en la cara antero-interna del muslo, á 20 centímetros por encima de la rótula; el orificio de salida, en la cara externa y posterior, á dos traveses de dedo por encima del orificio de entrada. Este último orificio, agrandado, permitió extraer una esquirla de un centímetro de longitud y un pedazo de proyectil aplastado y dentellado de un centímetro y medio. El proyectil estaba fragmentado; uno de los fragmentos produjo el orificio de salida, el otro se quedó en la herida. El fémur, sobre el cual existía un canal, presentaba además dos líneas de fracturas, que limitaban una esquirla adherente que fué respetada. Al cabo de algunos días la herida supuró. Quince días después, persistiendo la fiebre, se decidió la intervención. La herida operatoria practicada sobre el orificio de salida se agrandó; entonces fué posible sentir, sobre la prolongación de la gran esquirla adherente, una esquirla libre de 2 centímetros de longitud, la cual fué separada.

Después fueron eliminadas nuevas esquirlas, así como un fragmento de la envoltura del proyectil.

Seis meses más tarde la herida estaba cerrada, pero con una impotencia funcional bastante marcada.

Esta observación demuestra lo que se puede esperar de la con-

servación por medio de la abertura del foco de fractura y de un drenaje bien establecido. Demuestra igualmente que hubiera sido necesario intervenir, no solamente del lado del orificio de salida, como ya se hizo, sino del lado del orificio de entrada.

Si en efecto, este último orificio hubiera sido al principio abierto y explorado, es muy probable que la envoltura del proyectil hubiera sido extraída, y que la limpieza más completa del foco de fractura habría contribuído á una curación definitiva más rápida.

(Le Caducée).

* * *

Maniobras de Sanidad Militar en Francia. — Una disposición del 30 de Junio pasado, reglamenta los ejercicios especiales del servicio de Sanidad en campaña, que tendrán lugar todos los años, durante un período de cinco días, en un cierto número de Gobiernos militares ó de Cuerpos de ejército designados por el Ministro, y que consistirán, esencialmente, en la ejecución de una ó varias operaciones militares, y en el estudio de las diversas formaciones sanitarias.

Estos ejercicios pueden alternarse con estudios prácticos del material de reserva de Sanidad Militar y con conferencias relativas á la organización ó funcionamiento de dicho servicio, ó las prescripciones reglamentarias para la redacción de órdenes para el movimiento, ejecución de las marchas, instalación de campamentos, etc.

Todo debe llevarse á cabo bajo la dirección del Comandante general del Cuerpo de ejército ó del Gobernador militar del territorio en que las maniobras se verifiquen, y si estas autoridades consideraran oportuno el combinar la ejecución de los ejercicios con maniobras de algunas otras fuerzas del Cuerpo de ejército, lo consultarán previamente con el Ministro.

Serán dirigidos, en lo que se refiere á operaciones militares, por uno de los Generales con mando en el Cuerpo de ejército ó Gobierno militar, y por uno de los Médicos principales de primera clase, en cuanto afecta al servicio de Sanidad. Este Oficial de Sanidad toma el título de Director técnico.

Dan las conferencias Oficiales superiores de Estado Mayor ó Médicos militares, según el asunto que se haya de tratar.

El personal de Sanidad que toma parte en los ejercicios comprende:

a) Un Médico principal de primera clase y otro de segunda, que son designados por el Ministro.

b) El número de Médicos militares, de Oficiales de administración del servicio de Sanidad, de enfermeros y camilleros necesarios para constituir, con arreglo á lo que determinen los cuadros de efectivos de guerra: primero, una dirección del servicio de Sanidad del Cuerpo de ejército; segundo, los puestos de socorro que deban organizar los Cuerpos de tropas que concurran á las maniobras;

tercero, una ambulancia de división activa de Infantería; cuarto, un hospital de campaña; quinto, un hospital de evacuación.

Las tres cuartas partes de los Médicos y los Oficiales de administración, pertenecen á los cuadros de actividad, y la parte restante, á la reserva ó al ejército territorial.

Los enfermeros y los camilleros de Sanidad proceden, de igual modo, de los cuadros activos de este servicio y de las secciones de reserva del ejército territorial.

Los camilleros y enfermeros regimentales son facilitados por las fuerzas que toman parte en los ejercicios.

(*Revue du Cercle militaire*).

*
**

Patogenia de la enfermedad del sueño.—*M. Van den Corput:*

La nota que el Dr. Kuborn nos presentó en nuestra sesión del mes de Octubre en nombre del Dr. Broden, me ha sugerido algunas consideraciones que deseo someteros hoy, relativamente al mecanismo patógeno de esa extraña afección, para la cual propongo el nombre de *catipnosis* ó de *toxinosis del sueño*.

Si bien es verdad que las investigaciones llevadas á cabo por el Dr. Broden parecen demostrar perfectamente el papel que desempeña el microorganismo aislado por este autor—puesto que su inoculación á los animales reproduce los síntomas cardinales de la afección—no parece muy posible asimilar de una manera racional á las lesiones bastante vagas y hasta algo contradictorias que han sido halladas en la autopsia por diversos observadores, los fenómenos que caracterizan clínicamente la enfermedad del sueño.

A mi juicio, esta afección es debida á la acumulación de las *toxinas ponógenas* de Preyer en el organismo. Estas substancias, que ejercen una acción paralizante sobre el amœboísmo de las arborizaciones proctoplásmicas que establecen la relación entre las neuronas centrales y las neuronas periféricas sensitivas, constituyen sin ninguna duda la causa eficiente inmediata del fenómeno capital de la enfermedad: el sueño invencible, persistente y mortal.

En otros términos, según mi teoría, la continuidad del sueño ó los accesos comatosos de la *catipnosis*, son mucho menos la consecuencia de la actividad vital fisiológica que de la del bacilo patógeno, cuya influencia continua acarrea una acumulación de toxinas dotadas de propiedades ponógenas y análogas á las que, en estado normal, suspenden periódicamente las funciones de relación.

Es evidente que si en los individuos atacados, la cantidad de productos ponógenos formados es superior á la que es expulsada por los emuntorios ó que debería de ser destruída por el metabolismo molecular al cabo del tiempo normal, el despertamiento fisiológico dejará ya de realizarse; la actividad sensoria consciente y las reacciones voluntarias que siguen al reposo periódico del sueño cotidiano quedarán inactivas. La fatiga se acumulará al mismo tiempo que las toxinas ponógenas, y el sueño patológico se apode-

rará definitivamente del sujeto, no sin haber producido á veces algunos fenómenos eclámpicos de reacción. Como las toxinas ponógenas paralizan progresivamente las neuronas no adultas que pertenecen á los centros cerebrales intelectuales, éstos no podrán ya recibir las impresiones exteriores ni transmitir el influjo nervioso á las neuronas adultas motoras. A partir de entonces, habrá sueño prolongado, y tanto más profundo cuanto que la inactividad cerebral y nerviosa ocasiona atascamientos y alteraciones tróficas en los principales órganos. El ejercicio de las facultades intelectuales será completamente abolido, las mismas funciones vegetativas se entorpecerán, y de ahí la marcha progresiva y fatal de los diferentes trastornos, desde la somnolencia del comienzo hasta los accesos comatosos, entrecortados algunas veces de fenómenos convulsivos y hasta el *carus* final, desde la simple demacración hasta el desmejoramiento caquéctico, análogo al que se observa entre los fumadores de opio.

El entorpecimiento funcional de los centros nerviosos y la suspensión de los actos de la vida de relación, no pueden tardar en producir la cromatolisis de las células radicales y la *insensibilidad* precoz de su núcleo, que conducen á la muerte fisiológica.

De otra parte, como consecuencia de la acumulación de los bacilos y de los elementos ponógenos, la circulación linfática quedará impedida, lo cual explica el infarto de los ganglios y las sufusiones serosas que con tanta frecuencia se observan.

Por último, siendo la necesidad del sueño más intensa en el niño que en el adulto, compréndese que la enfermedad se note más á menudo entre los negros jóvenes que frecuentan las escuelas.

Si esta hipótesis fuese confirmada—y para ello son necesarias investigaciones histológicas que versen, de una parte, sobre el eje cerebro-espinal, especialmente sobre las neuronas centrales, de otra parte sobre los diversos emuntorios—, las consecuencias que se desprenderían serían interesantes para el tratamiento. Este último debería de tener por objetivo, primeramente, el combatir de una manera directa el agente infeccioso (el P. Bosch ha obtenido la curación en un caso por la administración del fenol á dosis fraccionadas), luego dificultar ó impedir la producción de las toxinas y favorecer su eliminación ó su neutralización; finalmente, es probable que en la enfermedad que nos ocupa existe una superproducción de ácido sarcoláctico—substancia cuya acción profundamente ponógena es conocida—, que podría tratarse de neutralizar por medio de alcalinos (sosa), alcaloides (cafeína) ú oxidantes (ozono).

(*Acad. de Med. de Belg.*)

* *

Diagnóstico histológico de la rabia.—Todos saben de cuánta importancia práctica sería poder hacer un diagnóstico anatómico seguro de la rabia. No conociéndose el agente patógeno de esta enfermedad, debemos, para confirmar el diagnóstico, recurrir á la inoculación experimental de substancia bulbar del animal sospe-

choso; pero este método no da la respuesta sino muy tarde, cuando la persona mordida está ya al fin del tratamiento antirrábico que, como es sabido, debe iniciarse inmediatamente después de la mordedura sospechosa.

El método histológico, si diera resultados seguros, sería preciosísimo, puesto que nos permitiría hacer el diagnóstico en el transcurso de las veinticuatro horas. Las investigaciones de Babés, y después la de Van Gehuchten y Nelis, nos han hecho esperar esta posibilidad.

Habiendo estudiado el Dr. Biffi un gran número de casos, llega á las siguientes conclusiones:

1.^a Las lesiones histológicas más características é importantes para el diagnóstico de la rabia están constituidas por multiplicación de los núcleos conectivales y endoteliales en el tejido de sostén del sistema nervioso central y, sobre todo, de la acumulación de éstos y de elementos migrantes alrededor de las células nerviosas y de los vasos del ganglio, del vago y del bulbo.

2.^a Las lesiones descritas por Van Gehuchten las he encontrado siempre en el perro, gato, conejo y buey rabiosos, muertos por la evolución espontánea del mal, y por lo que respecta al perro, gato y buey, aun durante el curso de éste. Nunca fueron encontradas en el conejo de Indias. Estas lesiones resisten más que todas las otras á la putrefacción.

3.^a Entre las alteraciones principales descritas por Babés en todos los casos, se encuentran presentes las lesiones de los elementos nerviosos, á menudo la infiltración de los elementos perivasales, á veces los nódulos rábidos pericelulares y la trombosis de las pequeñas venas.

4.^a Faltan en los animales muertos por inoculación subdural de virus fijo, alteraciones bien evidentes del tejido de sostén.

5.^a Se pueden encontrar aisladamente, aun en enfermedades diferentes de la rabia, tanto las lesiones descritas por Babés, como las descritas por Van Gehuchten. Sin embargo, no he tenido ocasión jamás de hallarlas en conjunto en un animal que no hubiese muerto de rabia.

6.^a Prácticamente el diagnóstico histológico puede coadyuvar y hacer más seguro el biológico y no raras veces puede substituirle; da, además, útiles criterios para establecer en los casos particulares la duración de la vacunación y está en grado de llevar la decisión sobre la oportunidad ó no de emprender el tratamiento.

7.^a La técnica más simple y más expedita para obtener buenos resultados es la de la fijación en alcohol formalinado de los pedazos, endurecimiento en alcohol absoluto, y coloración de los cortes con hematoxilina y azul de metileno.

El autor acompaña su trabajo con seis láminas demostrativas de las lesiones.

(*Annali d'Igiene Sprim.*)

* * *

Eclampsia. Glándula tiroides.—*O. Nicholson* ha estudiado detenidamente las alteraciones de la sangre y de la glándula tiroides durante los ataques de eclampsia, y en un caso se interrumpió el ataque en sus comienzos con la administración de tabloides de tiroi-des. El orador pone en relación varios síntomas preeclámpsicos: edema, albúmina, hipertensión arterial, cefalalgia, alteraciones, oculares, con el estado y el funcionalismo de la glándula tiroides, y los considera como consecuencia de un hipotiroidismo, fundándose en varios datos relativos á la función de esta glándula: acción especial de la iodotiroidina en los cambios orgánicos; efectos diuréticos del jugo del tiroides; acción antagónica con el extracto de la glándula supra-renal; su influencia en la producción de la urea; sus efectos en la función hepática. El orador termina aconsejando como tratamiento de la eclampsia la administración de los preparados de tiroides.

(*Soc. Méd. Quirúrg. de Edimburgo*).

SECCION PROFESIONAL

ANTIGÜEDADES

«*Circular.*—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, se ha servido disponer que á los Jefes y Oficiales y sus asimilados que asciendan al empleo inmediato superior en vacantes de otros que hayan sido baja por haber obtenido su retiro por edad, se les asigne en sus nuevos empleos la antigüedad del día en que los que dejan la vacante cumplan la edad reglamentaria para el pase á situación pasiva, sea cual fuere la fecha en que S. M. les expida el retiro.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 18 de Junio de 1902.—Weyler.—Sr...»

* *

MATERIAL SANITARIO

«*Circular.*—Excmo. Sr.: Visto el nomenclátor del material sanitario para hospitales, enfermerías y establecimientos militares, redactado por la Comisión nombrada por Real Orden de 20 de Noviembre de 1900 (*Diario Oficial* núm. 259), el Rey (Q. D. G.), previo informe de la Junta Consultiva de Guerra, se ha servido aprobarlo, dictando, para su aplicación, las disposiciones siguientes:

1.^a Los hospitales militares que en la actualidad existen en la Penín-

sula, Islas Baleares y Canarias y posesiones de Africa, se clasificarán con arreglo á las categorías que el nomenclátor establece, en esta forma:

Hospital central: Madrid-Carabanchel.—*Hospitales de primer orden:* Sevilla, Valencia, Barcelona, Zaragoza, Burgos, Valladolid y Coruña.—*Hospitales de segundo orden:* Badajoz, Granada, Córdoba, Málaga, Cádiz, Vitoria, Pamplona, Palma de Mallorca, Santa Cruz de Tenerife, Ceuta y Melilla.—*Hospitales de tercer orden:* Alcalá de Henares, Guadalajara, Algeciras, Alicante, Archena, Lérida, Gerona, Tarragona, Bilbao, Santoña, San Sebastián, Mahón, Las Palmas, Chafarinas, Alhucemas y Peñón.

2.^a En lo sucesivo se atenderán los hospitales militares y enfermerías á las dotaciones y modelos que les asigna el nomenclátor, para formular sus propuestas reglamentarias de adquisición y reposición de material, y los demás establecimientos militares deberán adquirir los efectos de dicho género que requieran, ateniéndose á los expresados modelos y siempre en armonía con sus necesidades sanitarias.

3.^a Interin el Parque de Sanidad Militar no se encuentre en condiciones de cumplir el nuevo cometido que le confiere en principio la citada Real Orden de 20 de Noviembre de 1900, que es proporcionar todo el material de referencia, facilitará, previo pago, del que guarda en almacenes, el que ofrezca la suficiente analogía con las demandas que se le hicieren acomodadas al nomenclátor. En consecuencia, los hospitales y enfermerías adquirirán de la industria particular, en la forma actualmente reglamentaria, sólo el que no pueda ofrecerles el citado Parque de Sanidad Militar.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 26 de Julio de 1902.—Weyler.—Sr...»

* * *

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista del proyecto de nomenclátor del material para las farmacias de los hospitales militares, formulado por el Director del Laboratorio Central de Medicamentos, y del informe emitido por la reunión de Sanidad Militar de la Junta Consultiva de Guerra, el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien resolver lo siguiente:

1.^o Aprobar el expresado nomenclátor en la forma que á continuación se detalla, y que por el Laboratorio Central se tenga en cuenta á los efectos de la subasta para 1903.

2.^o Que continúe el Laboratorio Central suministrando á las farmacias el material que tenga en depósito, hasta su total agotamiento, siempre que sea de dimensiones aproximadas al que se solicite.

3.º Que se adquiriera con cargo á los fondos del servicio especial de ventas de medicamentos el material que figura en dicho nomenclátor y que se emplea principalmente en el mismo, á saber: aparato Serosch para cápsulas amiláceas; cafeteras de hojalata; desecador Vial; exprimidor de frutos; frascos cuenta-gotas; hornillo para alcohol, modelo Pujol; losetas graduadas; cajas esféricas para platear píldoras; máquina para seis tabloides; moldes para bujías, supositorios y óvulos medicinales; pastillero con muelle y cuatro piezas de recambio, y pildorero con ranuras de tres milímetros de diámetro para gránulos.

4.º Que el último grupo del utensilio en el expresado nomenclátor, por resultar más económico al Erario, se adquiriera directamente en cada localidad con sujeción á las cláusulas que en el mismo se determinan; y

5.º Que con cargo al fondo de beneficios se impriman 300 ejemplares de este nomenclátor para los efectos de su total conocimiento.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 28 de Julio de 1902.—Weyler.—Sr...»



NECROLOGÍA

Don Joaquín Moreno de la Tejera.—Nació en Valencia el día 22 de Agosto de 1841, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad Central el 17 de Julio de 1863.


Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de segundo Ayudante médico, el 29 de Agosto de 1863, y fué destinado al regimiento de Cuenca. Sirvió después en el hospital militar de Madrid y regimiento de Mallorca, quedando de reemplazo en Diciembre de 1866. En Septiembre de 1868 volvió á ser colocado en activo, sirviendo en los regimientos de Asturias, Gerona y el Infante, ejército de operaciones de Cataluña y hospitales militares de Barcelona, Tarragona y Zaragoza.

Por Real Orden de 14 de Diciembre de 1896 fué destinado al ejército de Cuba, á donde le correspondió ir por sorteo, llegando á la Habana el 16 de Enero del año siguiente, y desempeñando la dirección del hospital militar de Pinar del Río. Regresó á la Península en Septiembre de 1898, y se encargó de la Inspección de Sanidad Militar de la quinta región, cargo que ocupó hasta Marzo del corriente año, en cuya fecha pasó á situación de cuartel por motivos de salud; falleciendo el día 11 de Agosto próximo pasado, en Villanueva y Geltrú, á consecuencia de un padecimiento cerebral.

Alcanzó en el Cuerpo los empleos efectivos con las antigüedades siguientes: primer Ayudante médico, 6 de Julio de 1866; Médico mayor, 15 de Febrero de 1882; Subinspector médico de segunda clase, 27 de Noviembre de 1887; Subinspector médico de primera clase, 7 de Enero de 1893; Inspector médico de segunda clase, 1.º de Julio de 1898. Por gracia general obtuvo el grado de Médico mayor (29 de Septiembre de 1868); por méritos de guerra el empleo de Médico mayor supernumerario (26 de Noviembre de 1873); el grado de Subinspector médico de segunda clase (28 de Noviembre de 1874); el empleo de Subinspector médico de segunda clase supernumerario (14 de Septiembre de 1875), y el grado de Subinspector médico de primera clase (10 de Abril de 1876).

Estaba en posesión de la cruz de Isabel la Católica; de las cruces rojas del Mérito Militar, de primera, segunda y tercera clase; cruz blanca de la misma Orden, de segunda clase; medallas de Alfonso XII y de la Guerra Civil, y era Benemérito de la Patria.

Enviamos á la familia del Sr. Moreno de la Tejera nuestro más sentido pésame por tan irreparable pérdida, que priva también al Cuerpo de Sanidad Militar de un Jefe de gran ilustración, que prestó relevantes y meritorios servicios en su dilatada carrera.



VARIEDADES

Nuestro ilustrado amigo el Médico mayor D. Indalecio Blanco nos ha remitido, acompañado de una entusiasta circular, un número del periódico *Nuevo Diario de Badajoz*, donde se inserta un discurso escrito por dicho compañero acerca del Tiro Nacional. Aun cuando por la índole de nuestra publicación no podemos detenernos á detallar las consideraciones del Sr. Blanco Paradela, diremos que su lectura nos ha satisfecho mucho y que tiene razón sobrada al abogar porque la Sociedad del Tiro Nacional tenga vida próspera y realice su misión con la mayor facilidad por bien de la Patria, cooperando á la defensa de nuestro suelo contra cualquier invasión extranjera. Son numerosos los Médicos y Farmacéuticos militares que han prestado su concurso á dichos fines, demostrando su amor y entusiasmo á cuanto al ejército se refiere, por lo cual nos complace mucho ver entre ellos, con tantos alientos y aspiraciones, al Médico mayor D. Indalecio Blanco.

*
* *

El Ministerio de la Guerra de Inglaterra ha resuelto, recientemente, que todo Oficial sujeto á observación por enajenación mental, sea retirado del servicio, aun cuando su enfermedad dure poco y se cure por completo.

*
* *

El día 12 de Agosto próximo pasado falleció en esta Corte, después de una larga y penosa enfermedad, el Médico mayor de Inválidos D. Antonio Aragón y Romacho. Durante su permanencia en nuestro Cuerpo, reveló condiciones de ilustración y talento poco comunes que, unidas á sus hermosas cualidades morales, le granjearon las simpatías y el aprecio de todos sus compañeros. Obtuvo el premio otorgado por nuestra publicación en el Certamen que se celebró, hace algunos años, por una notable Memoria sobre la «Medicación hipodérmica».

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR se asocia sinceramente al profundo dolor que experimenta la distinguida familia del Sr. Aragón, por la irreparable pérdida de nuestro malogrado compañero.

*
* *

El XV Congreso francés de Cirugía, se celebrará en París en la Facultad de Medicina, el 20 de Octubre, bajo la presidencia del Dr. J. Reverdin, profesor de la Universidad de Ginebra. En este Congreso se discutirán los dos temas siguientes:

Cirugía del corazón y del pericardio: ponentes, los Dres. Terrier y Raymond.

Tratamiento del tétano: ponente el Dr. Vallas.