

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVII

Madrid 15 de Febrero de 1903

Número 376

## ESTADÍSTICA SANITARIA COMPARADA DE LOS EJÉRCITOS FRANCÉS Y ALEMÁN

Recientemente se ha suscitado en el Senado francés una viva discusión, motivada por la mortalidad de su ejército, al comparar las cifras leídas por Mr. Gotteron con las que arrojaba la estadística del ejército alemán. Es indudable que ha existido una exageración ó un error manifiesto en los datos relativos al ejército francés, y los periódicos profesionales de la vecina República han cuidado de restablecer la verdad. Con este fin, *Le Caducée* publica un estudio comparativo de conjunto, restituyendo las cifras á sus verdaderas proporciones, que ofrecemos á nuestros lectores como motivo de reflexión al recordar las cifras y las proporciones consignadas en nuestras últimas estadísticas. Ojalá podamos contribuir así á que las condiciones materiales de nuestro ejército y los servicios sanitarios vayan mejorándose, en la medida posible, para atenuar algún tanto nuestras causas de mortalidad.

Veamos ahora el trabajo á que nos hemos referido:

Para tener una idea exacta del estado sanitario de un ejército, no basta tomar la estadística de un año cualquiera. Tal ha sido, sin embargo, el procedimiento, poco científico, empleado por el autor del artículo que publicó el 13 de Octubre último la *Gazette de Cologne*, comparando el estado sanitario del ejército alemán y el del ejército francés en 1899.

En su pregunta al Ministro de la Guerra, el Senador Mr. Gotteron se apoyó en las cifras consignadas por el periódico alemán, y

se creyó autorizado á concluir que la morbosidad era dos veces más elevada y la mortalidad cinco veces más considerable en el ejército francés que en el alemán.

Las cifras aportadas son tan incompletas, y en ciertos puntos esenciales tan erróneas, que desnaturalizan por completo la fisonomía del estado sanitario en ambos ejércitos.

*Morbosidad.*— Los datos de morbosidad consignados en la *Gazette de Cologne*, no representan la totalidad de los hombres enfermos durante el año 1899 en ninguno de los dos ejércitos.

Por una parte, las condiciones sanitarias de la Argelia y de Túnez son totalmente diferentes de las de la Metrópoli, y es preciso separar la morbosidad y la mortalidad de los 84.746 hombres que guarnecen esas colonias, y que representan la séptima parte del efectivo total. Por otra parte, el diario alemán ha olvidado mencionar 30.459 hombres tratados sucesivamente en las enfermerías y en los hospitales, con lo que se eleva á 355.000 la cifra total de los enfermos.

Si se establece la comparación sobre estas bases racionales, en relación con los efectivos, se obtienen los resultados siguientes, que, en ciertos puntos, difieren mucho de los publicados por la *Gazette de Cologne*:

MORBOSIDAD EN 1899

*Ejército francés (Metrópoli).*

Asistidos en la enfermería.....	177.382, ó 404 por 1.000.
Idem en el hospital.....	101.634, ó 195 »
<i>Total</i> .....	<u>279.016, ó 599 »</u>

*Ejército alemán.*

Asistidos en la enfermería.....	217.526, ó 422 por 1.000.
Idem en el hospital.....	107.461, ó 208 »
Idem sucesivamente en la enfermería y en el hospital.....	30.459, ó 59 »
<i>Total</i> .....	<u>355.446, ó 689 »</u>

Estas cifras parecen demostrar que la morbosidad es más elevada en Alemania que en Francia; pero no es así, porque la estadística alemana, que no reconoce más que dos categorías de enfermos, los del hospital y los de la enfermería, no menciona separadamente los enfermos en el cuartel, sino que los agrupa artificialmente con los de las enfermerías, y en Francia están descontados, suministrando un contingente numerosísimo. Añadamos también que los alemanes asisten en sus enfermerías hombres atacados de afecciones que, según los reglamentos franceses, deben pasar al hospital. Por lo tanto, la comparación de las cifras de los hospitalizados en ambos países no tiene valor real.

Las observaciones anteriores bastan para demostrar que las diferencias en los métodos empleados en los dos ejércitos para clasificar y descontar los enfermos hacen imposible toda tentativa de comparación de la morbosidad de un ejército á otro.

*Mortalidad.*—No existen las mismas causas de error, y el ejército alemán posee una superioridad bien conocida mucho antes de que la *Gazette de Cologne* publicara su sensacional artículo. Más adelante expondremos las principales causas de esta superioridad.

Pero, aparte de otras circunstancias, debemos hacer constar que la mortalidad del ejército francés en 1899 no ha sido *cinco veces* la del ejército alemán, como dijo Mr. Gotteron, sino sólo *tres veces*. En efecto; si se compara la mortalidad de ambos ejércitos en el año 1899, descontando, por supuesto, las pérdidas sufridas por las tropas de la Argelia y de Túnez, se obtienen los resultados siguientes:

MORTALIDAD EN 1899

*Ejército francés (Metrópoli).*

Total de fallecidos, comprendiendo los suicidios y las muertes accidentales. . . . .	2.457, ó 4'72 por 1.000.
---	--------------------------

*Ejército alemán.*

Total de fallecidos, comprendiendo los suicidios y los muertos accidentalmente. . . . .	1.062, ó 2'1 por 1.000.
--	-------------------------

Las cifras de este cuadro se refieren á la mortalidad *general ó integral*, y no á la mortalidad *por enfermedades* exclusivamente.

Las diversas estadísticas militares reparten la mortalidad general en tres grupos: por enfermedades, por accidentes y por suicidios. El grupo de los muertos por accidente no suele definirse bien; todos los observadores inscriben en él á los que fallecen inmediatamente después del accidente; pero si la muerte se retrasa, unos continúan inscribiéndolos en la misma forma, pero otros los colocan entre los fallecidos por enfermedades propias del órgano lesionado por el accidente. Del mismo modo se clasifican algunas veces, entre los fallecidos por enfermedades, los suicidios que no van seguidos de muerte inmediata.

Estas diferencias de apreciación acarrear errores al comparar los fallecidos por enfermedades en dos ejércitos distintos. Es, pues, más exacto comparar las mortalidades generales, como se ha hecho en el cuadro precedente.

Pero lo que más importa en estas comparaciones de la mortalidad es eliminar el error que entraña, fatalmente, la consideración de un año excepcional. La situación del ejército francés, respecto á su mortalidad, resultará menos sombría si este estudio comparativo se extiende á un período más amplio, como los cinco últimos años, y el término medio obtenido nos dará una apreciación más exacta de la realidad.

Igualmente nos ha parecido digno de interés extender la comparación á otros ejércitos europeos de constitución análoga á la francesa (Italia, Austria-Hungría, Rusia), en vez de limitarla sistemáticamente al ejército alemán, el más favorecido por razones bien conocidas.

En el cuadro siguiente se indica el término medio de la mortalidad anual, calculada según las últimas estadísticas oficiales publicadas (1896 á 1900 inclusives, ó sean cinco años, para Francia, Alemania y Austria; 1896 á 1899 inclusives, para Italia y Rusia).

Ejércitos metropolitanos.	Mortalidad media anual por 1.000 hombres de efectivo.
Alemania.....	2'32
Francia.....	4'58
Italia.....	4'87
Austria-Hungría.....	5'06
Rusia.....	5'32

Esta comparación es más fácil si se toma por unidad la mortalidad del ejército alemán, procedimiento que nos da las cifras siguientes:

Alemania... ..	1
Francia.....	1'97
Italia.....	2'09
Austria.....	2'18
Rusia... ..	2'29

*Causas principales.*—No hablaremos aquí de las causas generales que pueden influir en el estado sanitario de un ejército. Las condiciones ideales en las cuales el higienista desea ver reglamentada la alimentación, el alojamiento, el vestuario y los ejercicios del soldado, no son realizables en tal ó cual ejército europeo mejor que en otro. Si el estado sanitario de los franceses es inferior al de los alemanes, es preciso buscar las causas principales de esta deficiencia en dos orígenes distintos: unos son de tal índole, que no pueden modificarse; otros son susceptibles de reforma, y puede y debe tratarse de atenuar sus efectos.

*Origen del reclutamiento.*—El soldado alemán ofrece más resistencia á las enfermedades que el soldado francés, y asimismo las enfermedades lo atacan más difícilmente. Este doble hecho lo evidencian las cifras estadísticas. Quiere decir esto que el término medio de los hombres incorporados en Alemania llega á los Cuerpos en mejores condiciones de robustez que en Francia. La selección operada por los Consejos de revisión es mucho más severa en

Alemania. No es esto extraño si se comparan los recursos que en hombres ofrecen ambos países.

En Alemania, el número de los inscriptos cada año llega á 540.000 próximamente, á los cuales hay que añadir 730.000 de las cinco clases precedentes. El Consejo de revisión elige, pues, todos los años entre 1.270.000 hombres próximamente para constituir un contingente que no pasa de 220.000 á 230.000 hombres; en una palabra, de 5 hombres inscriptos el Médico puede eliminar 4 antes de fijar su elección en el más robusto ó mejor constituido que declara útil para el servicio.

En Francia, los Consejos de revisión examinan anualmente, por término medio, 327.000 hombres, más 72.000 de las dos clases precedentes, ó sea un total de 399.500 hombres; es decir, menos de la tercera parte del número de jóvenes alemanes presentados cada año á los Consejos de revisión. El contingente anual francés es casi igual al alemán, de 220 á 230.000 hombres; por lo tanto, los Médicos franceses declaran buenos para el servicio 3 hombres de cada 5, mientras los alemanes escogen 1 de cada 5.

¿No es evidente que en condiciones tan distintas, á causa de la enorme inferioridad numérica de las inscripciones francesas, la selección no puede ser la misma en los dos ejércitos? Los contingentes alemanes son, pues, fatalmente superiores á los franceses desde el punto de vista de su valor físico y desde el primer día de la incorporación.

C. I. DE ALARCÓN.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas

**El anhum.**—Hé aquí los términos en que el Dr. Murueta Goyena hace el estudio de esta enfermedad:

El ainhum es una afección quirúrgica que consiste en la hipertrofia de los elementos de la piel, teniendo su localización preferente en la base de implantación de los dedos de los pies, en el punto denominado pliegue dígito-plantar, y dando por resultado una compresión enérgica de dichas bases por un anillo fibroso de nueva formación, duro é inextensible á la vez, lo que provoca la gangrena y caída inmediata de los referidos dedos. En científica verdad, el ainhum viene á ser algo así como una amputación espontánea de los dedos de los pies. El primero y el quinto suelen ser de ordinario los más frecuentemente atacados por el proceso patológico, que me propongo describir sucintamente en estas líneas.

*Patogenia-Etiología.*—El ainhum es debido á un germen patógeno que se introduce bajo la piel, sobre todo en los espacios interdigitales del pie, y con mayor insistencia aún en los ya mencionados pliegues dígito-plantares, en los que con particularidad determina un conjunto de lesiones anatómicas. Este padecimiento se observa en los países cálidos. Los negros están más especialmente predispuestos á contraerle, y no por una condición propia de su raza, sino más bien por la condición climatológica de las ardientes zonas africanas en donde ellos viven, y porque además tienen la costumbre de andar descalzos, circunstancia que hace que estén mucho más expuestos á ser atacados que los europeos, que llevan casi todos cubiertos sus pies con el calzado y no transitan tan frecuentemente como los negros por sitios húmedos y pantanosos. El contacto directo del germen con la piel es, pues, de todo punto necesario para la producción del afecto morboso que me ocupa. La piel puede hallarse intacta, no habiendo necesidad, para que el mal aparezca, de la existencia en la misma de una escoriación previa. Sin embargo, el ainhum se pega á las partes más blandas y flexibles, á aquéllas en que el epitelium es más delgado y más fácil de penetrar por razón de esta misma delgadez y también de la humedad, que es permanente en los surcos de los dedos de los pies.

El ainhum tiene por condición de su existencia el calor y la humedad; por eso no se le encuentra en los parajes secos, como en el Sur de Argelia y de la Tunisia, constituidos por el Sahara, desierto de arena sin rastro de humedad.

Los negros generalmente contraen el ainhum por andar con los pies desnudos en terrenos húmedos y climas ecuatoriales. El «tumor de Biskra», el «tumor de Gafsa», el «grano de Alepo», debidos también á gérmenes ó agentes de «contagio vivo», son distintos del ainhum, tanto por las condiciones etiológico-genéticas como por la marcha respectiva y el conjunto sintomático de estas enfermedades.

El ainhum, siendo una manifestación local de carácter germinicida, es natural suponer que la naturaleza del individuo y la edad de los enfermos serán circunstancias puramente accesorias y subordinadas á la primera y fundamental, ó sea á la infección y virulencia microbiana. El ainhum se encuentra entre sujetos muy vigoroso-

sos, como son los negros en su inmensa mayoría, así como también en seres de salud deteriorada y debilitada por enfermedades anteriores.

Como para todas las afecciones, una naturaleza agotada, enfermedad, trabajada y minada por una afección constitucional, es un terreno muy apropiado para que se reproduzca el germen «ainhum»; pero ésta no es una condición absoluta de la enfermedad, pues que puede encontrarse en organismos sanos y robustos.

Los hombres están más predispuestos que las mujeres á padecer esta enfermedad, y la mayor frecuencia en los primeros se explica por las ocupaciones y género de vida á que están sujetos. El ainhum es raro en los niños y en las mujeres, y la razón de este hecho estriba precisamente en que no se exponen tanto como los hombres á las influencias patógenas de un suelo impregnado de multitud de colonias bacilares. En efecto, los hombres se ocupan en los trabajos exteriores, van á la pesca, á la caza, á la guerra, recorren á pie largas distancias, exploran terrenos no pisados; las mujeres y los niños, por el contrario, permanecen en el pueblo y apenas si se alejan de sus viviendas, no andando sino por senderos ya pisados, todo lo cual contribuye para que no padezcan el ainhum, á no ser por una rara excepción. El caminar por terrenos vírgenes es, pues, una causa predisponente para contraer el ainhum.

*Sintomatología.*—El principio del ainhum es lento é insidioso. El dolor nulo. La inoculación del germen tiene lugar sin que lo note el que lo recibe. No deja ni rastro de inflamación. Si la inflamación y el dolor aparecen son á título de verdadera complicación.

Algún tiempo después que el germen se ha fijado en el individuo aparece un tumor pequeño, á modo de una ligera nudosidad que abulta poco, siendo en su genuina expresión patológica una viva representación de la induración de la piel, circumscripta, irregular y sólo molesta al tiempo de andar, como sucede con el callo.

Este tumor se fija, generalmente, en el surco de la parte inferior de los dedos del pie, sobre todo del grueso. No obstante, puede encontrarse en otros sitios de la planta del pie, aunque por excepción. En este caso llega á ocupar el espacio situado entre las raíces de los dedos y el extremo anterior de la bóveda ó arco plantar, hacia los surcos más ó menos visibles existentes en dicha región, en donde la piel, por razón de la presión mecánica á que está sujeta en el momento de la marcha, es más fácilmente atacada.

Este pequeño tumor de comienzo, esta nudosidad irregular, crece, aumenta, va invadiendo poco á poco todo el surco inferior de los dedos, ó, mejor dicho, el surco del dedo grueso; determina allí una tumefacción en forma de abolladura irregular, cuyo perímetro es curvilíneo y comunmente rasgada, presentando pequeñas hendiduras, cortaduras ó grietas, debidas á los traumatismos ocasionados durante las marchas forzadas.

Desde este momento el andar es molesto, pues bastan sólo 200 pasos para que las lesiones existentes se recrudezcan, volviéndose,



de ligeras y llevaderas que eran, del todo dolorosas. En esta situación, la piel está contundida y herida, el epidermis desprendido, y el dermis es asiento de ulceraciones superficiales, debidas indudablemente al contacto repetido con el suelo infectante.

Si la marcha es moderada ó del todo suprimida, lo que sucede á menudo por el hecho del dolor, las lesiones desaparecen, las heridas se cicatrizan, pero el tumor irregular persiste y aumenta cada día y tiende á tomar una forma serpiginosa prolongada, abrazando, en definitiva, toda la raíz del dedo.

Este es un período importante de la enfermedad, pues que los síntomas van á cambiar.

Hasta este momento la enfermedad es ligera, acusando su presencia en el acto de andar, que se hace más incómodo cada vez; pero el sufrimiento no es constante, y el enfermo se conforma con no hacer nada, máxime si es de condición vulgar, corto de inteligencia y además poco observador.

Las pequeñas inflamaciones, los flemones circunscriptos que son consecuencia directa de los traumatismos ligeros, desaparecen con el descanso en pocos días, pareciendo que todo entra en orden. Mas cuando esta induración, este tumor curvo, irregular y serpiginoso ha llegado hasta la raíz del pulgar, cuando ha recorrido todo el contorno del dedo gordo, cuando, en fin, los dos extremos del mismo se han juntado para formar el cordón fibroso estrangulador, la escena patológica cambia, manifestándose por síntomas distintos de los anteriormente descriptos.

Por punto general, los dos extremos del tumor se juntan en la parte superior del dedo gordo, ya hacia dentro, ya hacia fuera. Parece, á veces, que cuando el tumor invade el dorso de este dedo experimenta cierta lentitud en su marcha. Siendo la piel de la parte superior del dedo afecto más dura y resistente que la parte inferior del mismo, es natural que se oponga más á la invasión del padecimiento, coadyuvando á este resultado la circunstancia de que dicha parte superior no está sujeta á la acción de contacto con los cuerpos extraños del suelo, no sufre, en una palabra, traumatismos incessantes, como pasa á la parte inferior, y, por lo mismo, el desarrollo de la lesión se verifica más lenta y silenciosamente en la región superior.

Llega por fin el momento en que la induración forma un círculo en la base del dedo gordo. Tiene el aspecto de un anillo que no se deja distender. Obsérvase que se retrae gradualmente y comprime el dedo á modo de una ligadura, y, en su consecuencia, todos los síntomas que se presentan á partir de este momento son en un todo semejantes á los que produciría una venda colocada en el sitio de la induración y apretada más y más cada día. Como consecuencia de esta constricción lenta, pero progresiva, pronto se dejan sentir molestias en la circulación de la parte periférica á la ligadura natural; después vienen la estancación de sangre venosa, la nutrición defectuosa, y, finalmente, la gangrena y caída del dedo.

Mientras es ligera la constricción sólo se originan trastornos circulatorios locales con éxtasis venoso y propensión á la inflamación. El dedo grueso está entonces caliente, doloroso á la presión, hinchado, y á veces es asiento de dolores lancinantes y otras de dolores continuos. La coloración es rojo-violácea, pero en los negros esta particularidad es difícil de distinguir, pues la variedad de los tintes que presenta en su evolución el ainhum se confunden con la coloración negra que ofrece el resto de la piel.

En un período más avanzado del ainhum, algunas ulceraciones se producen en la vecindad del anillo de induración, y también sobre el mismo anillo. Estas ulceraciones se notan particularmente en la base del anillo, en el ángulo de unión de la induración y de la piel sana, con la característica de que las ulceraciones en cuestión se localizan del lado del extremo periférico del dedo grueso, y no del lado central por la parte del metatarso. Hacia esta parte la piel queda sin ninguna lesión. De estas ulceraciones fluye un poco de sangre, ó más bien serosidad ligeramente rojiza. Más adelante, la gangrena húmeda se declara, acompañada de mortificación profunda de los tejidos, de heridas ulceradas, cuyo punto de partida está en el borde del anillo de induración. La supuración es saniosa, fétida y poco abundante. Los tejidos van privándose de elementos nutritivos á consecuencia de la constricción, siempre mayor, del anillo indurado, y cuando esta constricción va siendo exagerada hasta el grado de impedir por completo el arribo á la parte de los materiales de la nutrición, se presenta la gangrena seca sucediendo á la gangrena húmeda.

Los dolores son siempre raros, porque en este período de gangrena húmeda la nutrición, aunque imperfecta é insuficiente, no deja, sin embargo, de tener lugar. La circulación, á pesar de ser difícil y lenta, puede efectuarse.

La constricción incompleta es causa de la duración de este mal y de la persistencia de los síntomas, llegando á durar la evolución de algunos de ellos meses y hasta años.

El anillo de induración puede experimentar un período de pausa en el encogimiento progresivo que en él se efectúa; pero de todas maneras esta constricción termina siempre por ser completa y total. El dedo privado de nutrición se deseca. Las heridas no supuran más, las ulceraciones toman un aspecto negruzco, quedando cubiertas de una capa de restos de supuración y de detritus gangrenosos. Estos detritus gangrenosos caen poco á poco, y sólo las falanges quedan más adherentes que los demás tejidos, dando testimonio evidente de los últimos vestigios que quedan del dedo que está llamado á desaparecer en un término no lejano. Estas falanges pueden permanecer adheridas un tiempo más ó menos largo. La primera falange puede quedar fija al metatarso, puesto que recibe la nutrición por su extremo posterior merced á la relación inmediata que tiene con el metatarsiano que le sirve de punto de apoyo.

Una vez llegado á este estado, el anillo de induración forma un

tumor abollado, de raíces irregulares, de prolongaciones más ó menos acentuadas, con ulceraciones y erosiones numerosas y profundas, que acarrean todo el cortejo de hechos patológicos que ya conocemos.

*Anatomía patológica.*—Las lesiones del ainhum varían según el período del padecimiento. Desde un principio se nota un tumorcito, formado por la proliferación del tejido conjuntivo, que tiene su asiento íntimo en la trama de la piel. El tejido conjuntivo prolifera y envía ramificaciones, superficiales unas y profundas otras. Las ramificaciones superficiales, encorvándose, son las que forman las curvas del tumor. Las ramificaciones profundas son las que establecen, á su vez, las adherencias con el tejido celular subcutáneo. Pero, más que todo, dichas ramificaciones tienen especial propensión á alargarse siguiendo el pliegue cutáneo del dedo grueso, y van así ganando los bordes del tumor; de tal suerte, que, prolongándose incesantemente, llegan á formar un anillo alrededor del mismo.

(*Gacet. Méd. del Norte.*)

\* \* \*

**Tratamiento de la blenorragia aguda.**—Este tratamiento, recomendado por el Dr. H. Klotz, varía según que la blenorragia se halle en su principio ó cuente algunos días de fecha. Emplea, para hacer inyecciones en ambos casos, una jeringa de 3 centímetros cúbicos de capacidad, con cánula de goma en forma olivar, pero cuyo orificio, en vez de hallarse en el extremo de la cánula, se halla en su cara lateral. El calibre de la cánula es del número 16 al 18 de la escala de Charrière. Si la blenorragia se halla en el primer período, se manda orinar al enfermo y después el Médico introduce la jeringa indicada á 8 ó 10 centímetros del meato, aplica sobre éste algodón en rama para evitar que se ennegrezca el prepucio con el líquido inyectado, comprime con los dedos los labios del meato, á fin de impedir la salida del líquido, é inyecta 3 centímetros cúbicos de una disolución de nitrato argéntico al  $\frac{1}{4}$  ó  $\frac{1}{2}$  por 100 ó de protargol al 2 ó 4 por 100. Se empieza por inyectar una disolución débil. Si el escozor producido es ligero, se inyecta acto continuo otra disolución más concentrada. El líquido inyectado, á causa de la disposición de la abertura de la cánula, refluye de atrás á adelante en el conducto uretral. Por la tarde el enfermo se hará, empleando una jeringa común, dos inyecciones con la mezcla siguiente, teniendo cuidado de agitar antes la mezcla:

Acido bórico.....	15 decigramos.
Acetato de plomo .....	} aa. 75 centigramos.
Sulfato de zinc.....	
Glicerina.....	5 gramos.
Agua.....	120 —

El segundo y tercer día, el mismo tratamiento; el cuarto sólo tres inyecciones astringentes; el quinto y sexto una inyección ar-

géntica y dos astringentes; el séptimo nada de tratamiento; el octavo una inyección argéntica, con la que la curación suele ser completa y definitiva.

Si la blenorragia tiene ya algunos días de existencia se inyecta cada tres ó cuatro días, con la jeringa indicada, una disolución de nitrato argéntico al  $\frac{1}{8}$  por 100 ó de protargol al 1 por 100, y en los intervalos hace el enfermo las inyecciones con la mezcla astringente citada. Además se administra el sándalo, y para combatir los fenómenos inflamatorios, el paciente toma cada dos ó tres horas una cucharadita de la preparación siguiente:

Salicilato de sosa.....	12 á 15 gramos.
Extracto de belladona.....	15 á 20 centigramos.
Agua destilada de menta piperita...	100 gramos.

Con este tratamiento cura en poco tiempo la blenorragia y se evitan las complicaciones, epididimitis, prostatitis, cistitis, etc., frecuentes cuando se afecta la parte posterior de la uretra.

(*Arch. f. Dermatol. und Syph.*)

\* \* \*

**La difteria en Francia.**—M. Marié-Davy ha presentado á la Sociedad Francesa de Higiene una comunicación, de la cual tomamos los siguientes datos y juicios:

La mortalidad por difteria antes de 1894, á pesar de una disminución progresiva, pero lenta, oscilaba entre 1.200 y 1.400 fallecimientos anuales. Desde fines de 1894 esta mortalidad disminuyó bruscamente, y en 1895 fué en todo el año de 421.

Este descenso se acentuó todavía en los años siguientes, y en 1900 sólo se contaron 294 defunciones. No es necesario insistir sobre lo repentino de esta baja, que coincidió exactamente con la aparición y empleo de la sueroterapia, y que no puede ser comparada con las oscilaciones normales de la mortalidad.

Está comprobado también que ha persistido durante seis años, de 1895 á 1900, y que además, si se compara la mortalidad con la morbilidad, es fácil notar que durante estos años la primera habría sido muy considerable si la proporción entre ellas hubiera sido la misma que antes de 1894.

En 1901, por el contrario, hacia la mitad del año se presentó una recrudescencia de la mortalidad por difteria; esta recrudescencia se acentuó en los meses siguientes, y en los comienzos de 1902 ha llegado á ser alarmante.

Dada la misión de la Sociedad Francesa de Higiene, parece que debe preocuparse de esta tendencia epidémica, investigar sus causas y estudiar los medios de luchar contra ella.

Tales serán nuestras conclusiones; pero habremos de permitirnos hacer respecto de este asunto algunas apreciaciones personales.

1.<sup>a</sup> Este recrudecimiento, muy notable, de la difteria, coincide

con un relajamiento considerable en el uso de la sueroterapia. El cuerpo médico parece interesarse poco por esta práctica, quizá porque algunos inconvenientes que han podido resultar del empleo del suero han influido en su espíritu haciendo olvidar las grandes ventajas que aquél ha traído.

Es conveniente hacer notar que el suero conserva toda su actividad durante un año, y que es preferible su empleo algunas semanas después de su preparación, evitando así algunos accidentes eruptivos que pueden producirse. El estado turbio en que se encuentra en los frascos no es motivo para considerar inservible el suero.

2.<sup>a</sup> *Epidemias escolares.*—Los casos de difteria se agrupan visiblemente alrededor de los centros escolares en los barrios populares, persistiendo algunos focos durante largo tiempo, no obstante las medidas enérgicas tomadas en las escuelas públicas.

*Contaminación de escuela á escuela.*—En ciertos casos ha podido comprobarse una especie de rebote de la epidemia, saltando de los establecimientos escolares municipales á los establecimientos libres. Las escuelas municipales están sometidas á una vigilancia muy activa, y los niños enfermos ó no curados tienen prohibido asistir á ellas. Pero cuando sobrevienen algunos casos en estas escuelas y los niños incompletamente curados no pueden ser admitidos, son recibidos en las escuelas libres, no vigiladas, y las contaminan.

*Contaminación en la calle.*—Por otra parte, en los barrios populares, los niños, fuera de la escuela, juegan juntos. Los que curados en apariencia, pero conservando el bacilo todavía virulento, son retirados de la escuela, vagan libremente por las calles, en donde propagan la enfermedad entre sus compañeros.

*Contaminación por la sacudida de los tapices.*—Finalmente, en ciertas calles paralelas y muy vecinas, hemos podido descubrir epidemias que pasaron del lado par de una calle al lado impar de la otra, pudiendo esto explicarse por una contaminación de las casas por la parte posterior, en donde se sacuden de ordinario los tapices y vestidos.

La cuestión es, pues, muy compleja, pero al mismo tiempo es de las más importantes, y no se refiere exclusivamente á la difteria, sino que abarca á todas las enfermedades epidémicas que puedan afectar á la juventud que acude á las escuelas; por eso hemos pensado que era interesante traer á debate y proponer este asunto como tema digno de estudio.

Esta cuestión, para la cual pedimos el concurso de nuestros colegas, daría lugar á una información, cuyas conclusiones pudieran ser repartidas en la forma habitual á los centros escolares y al mismo tiempo presentadas á la Administración competente.

(*Journal d'Hygiene*).

**Herida doble del corazón por bala.**—El Dr. *Peyrot*: En la sesión del 18 de Mayo último presentó su trabajo el Dr. *Launay*. Pocos momentos después el Dr. *Le Dentu* lefa un informe sobre las heridas del corazón y su tratamiento quirúrgico, á propósito de un trabajo del Dr. *Fontan*.

Reuniendo todos los casos de herida del corazón tratados por la cirugía activa, sutura ó taponamiento, el Dr. *Le Dentu* ha coleccionado 16 curaciones en 38 heridos. Es una proporción de 42 por 100 de éxitos. Limitando su estadística á las heridas penetrantes, resulta que el éxito de la intervención activa es de 27'58 por 100.

Esta proporción aumenta considerando sólo las heridas por arma blanca tratadas por la sutura. Agregando á la estadística de *Le Dentu* un segundo caso de *Nini*, se obtiene un total de 20 casos de sutura en heridas de este género; de ellos curaron 6, lo que da una proporción de curaciones de 30 por 100.

La intervención en las heridas por arma de fuego dista mucho de poder compararse con la de las heridas por arma blanca. *A priori* parece debe ser más difícil. Mientras que, según *Loison*, si se encuentra una herida doble por arma blanca en el 1'2 por 100, en la de bala esta proporción es de 17 por 100. Otras razones, que no necesitamos indicar, hacen estas heridas más graves y más molesto su tratamiento. *Terrier* y *Raimond* podían decir en 1900: «Las heridas por balas han dado origen á intervenciones en el curso de las cuales se ha vaciado ó taponado el pericardio (*Podrez*, *Stern*, *Marks*, *Fararesi*), pero sin haber suturado la herida». Sin embargo, ya en Noviembre de 1898 *Marion* intervenía por una herida perforante doble del ventrículo derecho, pero el enfermo murió mientras se suturaba la herida anterior.

En Febrero de 1901 *Bouglé* refirió un segundo caso de sutura de herida doble hecha por una bala en el ventrículo izquierdo. El enfermo murió á las cinco horas por hemorragia del pedículo pulmonar. Las heridas del corazón no sangraban.

La observación remitida por el Dr. *Launay* es la primera seguida de curación completa sin accidente. La citaré como ejemplo de intervención prudente y atrevida:

*Observación.*—El lunes 3 de Marzo fué llamado como Cirujano de guardia en la clínica del Dr. *Peyrot*, en *Lariboisière*. Encontré un hombre de veintiséis años, pálido y abatido, pero pudo decir que á media noche había recibido un tiro de revólver (eran las tres y media de la madrugada). Observé en la mamila izquierda una heridilla (bala de 7 milímetros) negruzca, por la que salía algo de sangre de un modo intermitente. El pulso era débil y casi imposible de contar. La percusión del tórax daba sonoridad exagerada en toda la mitad izquierda anterior y en la región precordial; la auscultación no permitió oír á la izquierda los ruidos respiratorios; los del corazón eran débiles y sordos; de cuando en cuando se oía un ruido de bazuqueo típico (ruido de molino). El diagnóstico de herida penetrante de la pleura izquierda y del corazón era probable.

El enfermo fué trasladado á la sala de operaciones; se le afeitó, limpió y cloroformizó en tanto se preparaba una inyección de suero, que había de hacerse mientras se practicaba la operación.

Formé un colgajo en U de base externa, que rozaba el esternón á la izquierda, pasaba por encima de la cuarta costilla por arriba, debajo de la sexta por abajo, y que comprendía, por consiguiente, las costillas cuarta, quinta y sexta; seccionadas las partes blandas hasta las costillas, corté con el bisturí los tres cartílagos costales al rape del esternón; seccioné con el costotomo las costillas algo por detrás de la mamila y principié á levantar el colgajo cerca del esternón. Introduje los dedos debajo de la pared, desprendí con facilidad la pleura parietal, y rompí la costilla media para invertir hacia fuera el colgajo osteocutáneo.

La pleura estaba abierta; había neumotórax completo; ensanché la abertura de la pleura hasta un centímetro próximamente por fuera de la mamaria interna, que no dividí.

El pulmón, aplastado y retraído, se hallaba perforado en la lámina delgada precordial; esta herida no sangraba; había, sin embargo, hemotórax abundantísimo.

Observé entonces que salía, de un modo lento y continuo, sangre por una herida del pericardio, situada cerca de la punta del corazón. El pericardio fué incindido longitudinalmente, y el corazón apareció latiendo con violencia.

Había una herida de la cara anterior del ventrículo izquierdo, á 2 centímetros próximamente de la punta y cerca del borde izquierdo; por esta herida salía sangre, pero sólo en el momento del diástole. La herida se suturó con facilidad á punto por encima, quedando obturada completamente; el catgut, introducido á medio centímetro del borde de la herida, no desgarró el miocardio.

Creyendo que debía existir un orificio de salida de la bala, levanté el corazón, cogiéndole por la punta, y descubrí este orificio en la cara posterior del ventrículo izquierdo, en su base, cerca del surco aurículoventricular. La sutura de este segundo orificio, por el que salía también sangre en pequeña cantidad, fué mucho más difícil; el corazón, levantado y algo torcido sobre sí mismo, latía con precipitación; conseguí, sin embargo, pasar un hilo, que sostuvo mi ayudante, y que me permitió hacer una sutura de dos puntos por encima; pero las contracciones del órgano ponían tenso el miocardio, y en el último punto se produjo una desgarradura no perforante; como no salía sangre, las maniobras eran muy penosas y el tiempo apremiaba, no cerré esta desgarradura superficial.

Limpié con rapidez el pericardio de los coágulos sanguíneos que había detrás del corazón y coloqué un tubo de desagüe en su parte inferior; inspeccioné el pulmón y su pedículo; limpié la pleura de la sangre que contenía en abundancia, y, siendo imposible reunir los bordes separados de la abertura pleurítica, coloqué en su sitio el colgajo óseo cutáneo, dejando un segundo tubo de desagüe en la

pleura. Los dos tubos se suturaron á la pared, y el colgajo se cosió en toda su circunferencia.

Durante la operación se inyectaron en el tejido celular subcutáneo dos litros de suero artificial.

Al terminar la operación, que duró treinta y cinco minutos, el pulso del enfermo seguía siendo incontable, pero no cesó de latir un momento y la respiración fué fácil siempre.

El enfermo fué conducido á su lecho caliente.

*Consecuencias.*—Al día siguiente, á la hora de la visita, el pulso del enfermo había recobrado su amplitud. Volví á ver á este hombre á las tres de la tarde; estaba despierto y tranquilo, hablaba sin dificultad alguna, no sentía dolor, tenía algo de dificultad á las grandes inspiraciones, pero no disnea. La temperatura de la mamaria era de 36°4; por la tarde el pulso latía con regularidad, 100 á 120 veces por minuto.

Las consecuencias operatorias fueron benignas; la temperatura se elevó durante dos días á 38°; después descendió definitivamente á 37°; el pulso recobró al otro día su ritmo normal. Los dos tubos de desagüe se suprimieron á las cuarenta y ocho horas y los hilos á los ocho días; los orificios de salida de los tubos estaban casi obturados; no hubo infección. A los diez días el enfermo se levantó, encontrándose bien; la auscultación del corazón no permitió descubrir nada anormal.

(*Acad. de Med. de París*).



## SECCION PROFESIONAL

### RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS

«*Circular.*—Excmo. Sr.: En vista de las razones expuestas por el Capitán General de Castilla la Vieja, en escrito de 7 del presente mes, proponiendo que, en caso de existir unanimidad en el parecer de los Médicos militares que practiquen los reconocimientos dispuestos por la Real orden circular de 22 de Abril de 1898 (*C. L.* núm. 125), no sea obligatoria la comparecencia ante el Tribunal médico de la región de los facultativos que los llevan á efecto y no tengan su destino en la plaza, S. M. el Rey



(Q. D. G.) se ha servido disponer que la citada Real orden quede modificada en el sentido de que, no siendo preciso que formen parte del referido Tribunal médico los individuos de la comisión que no residen en la capital, sólo sean llamados á cooperar al acto en los casos extraordinarios que el Capitán General de la región lo crea necesario.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 30 de Enero de 1903. —Linares.—Señor . . . .»

\*  
\*  
\*

## DESTINOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Parece natural (y así se procura la interior satisfacción, recomendada por las Ordenanzas) que, siempre que pueda conciliarse el interés del servicio con la conveniencia individual, se atienda á los deseos manifestados con moderación y razonadamente. En este sentido, se explica que los Oficiales intenten ir destinados á los puntos adonde les llaman sus afectos ó motivos dignos de consideración. Pero la costumbre de realizar estas gestiones utilizando el valimiento de personas que gozan crédito de influyentes, ha venido á establecer un sistema que, por el desarrollo adquirido, resulta ya incompatible con la severidad de los principios militares. Más propio es que el Oficial se halle persuadido de que se le atenderá por su calidad y méritos que por el amparo que preste un extraño á sus aspiraciones legítimas. Las recomendaciones, por otra parte, proporcionan un trabajo abrumador á las oficinas y á sus Jefes. Por no incurrir en descortesía, mientras éstos dedican á la correspondencia un tiempo precioso, se ven aquéllas obligadas, por razón del asunto, no extraño en verdad al servicio, á resolver consultas y procurar abundantes datos.

Todos estos inconvenientes señalan la necesidad de ir desarraigando hábitos que pueden degenerar en perniciosos, así como la de proporcionar á los Oficiales que carecen de relaciones poderosas ó de auxilios eficaces en el orden social para hacer prevalecer sus deseos, el medio de que se conozcan por la sola eficacia de su derecho.

Inspirado en estos principios de justicia el nuevo sistema, fácil es, aplicándolo con rectitud, llevar al ánimo de todos el convencimiento de las ventajas que ha de reportar á la inmensa mayoría; y si se mantiene la fe con el constante propósito de no atender á otro bien que al del servicio, sin consideración alguna, se podrá en plazo no lejano lograr que desaparezcan en absoluto los procedimientos que en la actualidad tanto dañan al servicio.

En su virtud se autoriza á los Jefes y Oficiales para que por el conducto debido, según la situación respectiva, expongan sus deseos acerca del punto en que desean prestar sus servicios en ocasión de vacantes ó en previsión de las mismas, siempre que los aspirantes reunan los requisitos reglamentarios para poder ser trasladados y lleven un año en los destinos que sirvan en la Península. En la primera decena de cada mes, los Jefes de Cuerpo ó dependencia remitirán á las Secciones de personal de este Ministerio relación de los aspirantes á otro destino, expresando el punto en que lo desean.

Al propio tiempo deberán tener entendido que toda gestión particular realizada con igual objeto ó á propósito de la petición oficial que se autoriza desde ahora, quedará sin resultado ó anulará la solicitud promovida, puesto que demostrará que se confía más que en las condiciones personales ó en los servicios propios, y que en la imparcialidad de la resolución, en las influencias puestas en juego.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 31 de Enero de 1903.—Linares.—Señor.....»

\* \*

#### DOCUMENTACIÓN

«*Circular.*—Excmo. Sr.: Teniendo noticia este Ministerio de que algunos Cuerpos de Infantería y de Caballería han enviado al Archivo general militar documentación que no consideraban necesario conservar en los suyos respectivos y sin obtener para ello la autorización previa que exige el artículo 28 del Reglamento provisional de 1.º de Septiembre de 1898 (*C. L.* núm. 298), el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que en todas las dependencias de Guerra y Cuerpos del ejército se cumpla estrictamente lo prevenido en los artículos 25 al 31 del citado Reglamento, lo cual es de absoluta necesidad para el buen servicio del referido Archivo general.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 31 de Enero de 1903.—Linares.—Señor.....»



## NECROLOGÍA

---

**Don José Martínez y García Diego.**—Había nacido en Santa María de Cañedo, provincia de Santander, el día 24 de Marzo de 1841, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía, en la Universidad Central, el 20 de Junio de 1865.

Por Real orden de 16 de Agosto de 1866 ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de Segundo Ayudante médico, y fué destinado á Zaragoza para el servicio de comisiones activas. Sucesivamente estuvo destinado en el regimiento de Extremadura, fábrica de Orbaiceta, regimiento de la Princesa, reserva de León, ejército del Norte, batallón Cazadores de Estella, hospital de Bilbao, 4.º y 5.º regimientos de Artillería de á pie, primer regimiento de Ingenieros, Dirección general del Cuerpo, hospitales militares de Zaragoza y Pamplona, Ministerio de la Guerra y hospital militar de Burgos.

Alcanzó los empleos efectivos del Cuerpo con las antigüedades siguientes: Médico primero en 4 de Octubre de 1873; Médico mayor en 7 de Diciembre de 1886; Subinspector médico de segunda clase en 1.º de Julio de 1895, y Subinspector médico de primera clase en 14 de Octubre de 1897. Se le confirió el grado de Primer Ayudante médico por la gracia general de 1868; por méritos de guerra el grado de Médico mayor (20 de Noviembre de 1873); el empleo personal de Médico mayor (15 de Noviembre de 1874), y el grado de Subinspector médico de segunda clase (25 de Noviembre de 1875).

Estaba en posesión de tres cruces rojas de primera clase del Mérito Militar, de dos cruces blancas de segunda clase de la misma Orden y de las medallas de Bilbao, Alfonso XII y Guerra Civil.

Últimamente desempeñaba, desde hace pocos meses, la Direc-

ción del hospital militar de Burgos, en cuya plaza ha fallecido el día 4 del presente mes á consecuencia de una fiebre infecciosa.

Enviamos á su desconsolada familia nuestro más sentido pésame por la irreparable pérdida que acaba de experimentar.

Era un Jefe ilustrado y modesto, de carácter bondadoso y digno, que gozaba de generales simpatías en el Cuerpo.



## VARIEDADES

Durante el mes de Enero próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.555 defunciones, que arrojan un término medio diario de 50'161, y una proporción de 2'916 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1902, hubo 1.613 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 378, de menos de un año; 241, de uno á cuatro años; 90, de cinco á diez y nueve; 174, de veinte á treinta y nueve; 281, de cuarenta á cincuenta y nueve; 387, de sesenta en adelante, y 4 sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: bronquitis aguda, 242; pneumonía y broncopneumonía, 166; tuberculosis pulmonar, 121; enfermedades orgánicas del corazón, 107; congestión y hemorragias cerebrales, 88; meningitis simple, 70; bronquitis crónica, 68; sarampión, 51; diarrea y enteritis (menores de dos años), 42; tumores cancerosos, 41; tuberculosis varias, 31; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 21; debilidad congénita, 21; grippe, 20; senectud, 16; fiebre tifoidea, 9; afecciones puerperales, 8; meningitis tuberculosa, 7; difteria y crup, 6; reblandecimiento cerebral, 6; viruela, 5; escarlatina, 3; coqueluche, 3; suicidios, 3; otras causas de defunción, 400.

\*  
\*  
\*

Con atento B. L. M. del Excmo. Sr. Inspector Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, hemos recibido las Instrucciones para la redacción de los documentos que han de componer la estadística sanitaria del ejército. Enviamos á tan distinguido Jefe las más expresivas gracias por su atención.