

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVIII Madrid 15 de Septiembre de 1904 Número 414

## APUNTES DE CIRUGÍA DE GUERRA

DE LA ÚLTIMA CAMPAÑA DE CUBA

(Continuación).

*De la húmero-cúbito-radial.*—El sargento del batallón de Zamora Manuel Núñez Campos, y el soldado del batallón Cazadores de Mérida Celestino Escartín Villacampa, fueron ambos heridos por arma de fuego en el codo el 25 de Octubre del 96, en el sangriento combate de Soroa. Al primero le atravesó la bala la articulación, de la base del olecranon á la parte superior de la epitróclea, y al segundo, desde la cabeza del radio á la cara interna de la epífisis cubital. Estas fracturas articulares, que en otros tiempos relativamente próximos eran causa obligada de amputación, fueron tratadas una y otra con feliz resultado, gracias á la antisepsia, por la resección parcial de las epífisis articulares fracturadas y la perfecta limpieza y desagüe de la articulación, respetando en lo posible sus elementos é inmovilizando la extremidad en una gotiera metálica acodada, preferible, á nuestro juicio, en tales casos, á los apósitos solidificables. Ambos heridos resultaron curados, con la coyuntura semiangulosa en ángulo recto, pero siendo de esperar que con el tiempo y los medios adecuados, masaje, hidroterapia, etc., se aumente su movilidad. Los dos fueron propuestos para el retiro (clínica del Sr. Peláez).

*De la escápulo-humeral.*—Han exigido graves intervenciones quirúrgicas algunas heridas del hombro. Antonio Cava Cuesta, sol-

dado del batallón Cazadores de Mérida, recibió el día 24 de Octubre del 96, en la acción de Soroa, un balazo que le atravesó el hombro izquierdo. Ingresado en la clínica 10.<sup>a</sup> de heridos tres días más tarde, presentaba el orificio de entrada junto á la apófisis coracoides y el de salida en la cara posterior del hombro, hacia afuera del borde de la escápula. El mismo día se llevó al enfermo á la mesa de operaciones, y, después de una detenida exploración, se comprobó extensa fractura de la cabeza del húmero, hallándose la diáfisis de este hueso partida en tres largas astillas; existía infección local, acompañada de gran tumefacción de los tejidos y fiebre alta de absorción. En vista de la gravedad de este estado, y teniendo en cuenta lo irreparable de estos destrozos, se acordó la desarticulación escápulo-humeral, que se llevó á cabo á colgajo supero-externo. El paciente, una vez declarado inútil y reconocido su derecho al ingreso en Inválidos, salió curado para la Península (clínica del Sr. Castillo).

Pedro Fernández Camián, voluntario de la primera guerrilla de Bramales, herido de bala en Río-Hondo el día 15 de Noviembre del 96, ingresó el 22 en el hospital, presentando un orificio correspondiente á la entrada del proyectil en la parte posterior del hombro derecho, por fuera del borde escapular, y el de salida en la anterior de la región deltoidea, á tres traveses de dedo por debajo de la articulación acromio-clavicular. Al día siguiente de su ingreso se le extrajeron por la abertura de salida, previamente dilatada, dos esquirlas de la parte anterior de la cabeza del húmero, dejando toda la solución de continuidad perfectamente limpia y desinfectada, con lo cual mejoró notablemente el enfermo; pero transcurridas algunas semanas se manifestaron fenómenos de intensa inflamación articular, formándose un absceso en la región axilar y adquiriendo la herida mal aspecto, unido á la fiebre consiguiente de absorción.

En tal estado, consideróse indicada la resección completa de la cabeza del húmero, serrando la diáfisis á 2 centímetros por debajo del cuello quirúrgico (13 de Enero del 97).

La bala había fracturado, en pequeños fragmentos, la cabeza del húmero; la articulación se hallaba abierta é infectada, encontrándose algunas partículas óseas en el interior de su cavidad. El individuo curó sin más novedad, conservando íntegros los movimientos de la mano, limitados los del codo y gozando de alguna movilidad en el hombro. Fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Castillo).

El soldado de Almansa Agustín Romé Quarterero, presentaba en la parte antero-externa de la región deltoidea derecha un profundo trayecto fistuloso que dejara una antigua herida de bala, con salida ya cicatrizada en la cara posterior de dicha región. A través de dicho trayecto se apreciaba por el estilete un vasto foco de caries en la cabeza del húmero. Mediante una abertura vertical incindida sobre la misma herida, se puso al descubierto el hueso, hallando el tejido areolar de la epífisis convertido en un extenso foco de caries necrósica, hecho que obligó á practicar el total vaciamiento de la cabeza humeral en 27 de Febrero del 97. La herida se reparó sin más accidentes, y el sujeto fué propuesto para el retiro. Una herida de bala que atravesó el hombro izquierdo por la unión acromio-clavicular, con salida por la región escapular, dió motivo á la resección de la extremidad externa de la clavícula interesada. El paciente, Manuel Llorca Zaragoza, soldado del batallón expedicionario de Almansa, fué operado el 27 de Junio del 96, y, después de curado, propuesto para el retiro (clínica del Sr. Clairac).

En las grandes articulaciones de la extremidad pelviana se han asistido en estas clínicas frecuentes lesiones de mucha importancia.

*De la tibia tarsiana.*—El soldado del batallón expedicionario de la Constitución Martín Arrenal Fernández, fué herido de bala el 4 de Noviembre del 96, en marcha por el potrero Sabana de la Marina (Puerto Príncipe). Transportado en un principio al hospital de Nuevitás, donde permaneció hasta el 12 de Enero del 97, ingresó el 14 en la clínica 16 de este hospital de Alfonso XIII, á fin de sufrir los reconocimientos reglamentarios como presunto inútil. Á la fecha de su entrada en la expresada clínica comprobábase una

herida en la parte externa y posterior del tarso izquierdo, próxima al maleolo peroneo, por la que el estilete penetraba sin dificultad á través del astrágalo, que se advertía fracturado, dando la sensación de esquiras sueltas en el seno de la herida. No había abertura de salida; el pie, dolorido y tumefacto, carecía de movimientos, y el paciente apenas podía sostenerse en pie. En tal estado, se procedió á la resección parcial articular tibio-tarsiana el 30 de Enero, mediante la cual se separó una parte considerable del astrágalo y del maleolo peroneo, que estaba también interesado; se limpió la sinovial de fungosidades y se atravesó la coyuntura por un grueso tubo de desagüe. La operación dió los mejores resultados; el trabajo de reparación marchó sin accidentes, y el individuo curó, siendo propuesto para el retiro.

Por haber ocasionado la amputación, insértase la nota clínica siguiente: Á consecuencia de tumor blanco de la articulación tibio-tarsiana, ingresó en la clínica 16 el soldado del batallón expedicionario de Aragón José Bellés Traver. La lesión hallábase ya muy adelantada, y en algunos puntos reblandecidas las fungosidades por afectar el proceso marcha aguda. En su consecuencia, se procedió á la amputación de la pierna por el sitio de elección, á manguito, cicatrizando el muñón rápidamente. El individuo, declarado inútil, embarcó para la Península (clínica del señor Castillo).

El soldado del batallón expedicionario de Galicia José Otero Gómez, ingresó en este hospital, procedente de la evacuación de otro del campo, presentando una herida antigua de bala, con entrada en la parte posterior del maleolo tibial derecho y salida, ya cicatrizada, por la anterior de la coyuntura, engrosamiento de los tejidos periarticulares y anquilosis incompleta del pie, consecuencia de artritis traumática. Á través de la herida se comprobaba por el estilete un foco de caries necrósica bastante extenso, que sostenía la supuración característica de este género de procesos.

Llevado á la mesa de operaciones, y previa una incisión en T invertida, se le practicó con la rugine de Farabeuf una amplia

excavación que comprendía gran parte de la epífisis tibial, capaz de alojar un huevo de paloma.

La herida ósea se reparó lentamente, pero conservándose aséptica; los tejidos blandos recobraron su primitivo estado, y acabó por establecerse una cicatriz cóncava y bien consolidada, completada la cual este individuo fué propuesto para el retiro (clínica del Sr. Peláez).

*De la fémoro-tibial.*—La suma gravedad que revisten las heridas penetrantes de rodilla cuando, por desgracia, llegan á infectarse debido á la vasta superficie absorbente que la sinovial ofrece y al obstáculo que sus anfractuosidades oponen á una perfecta mundificación, la comprueba el siguiente hecho clínico, que precederá á una sumaria exposición de otros traumatismos de esta importante coyuntura.

Carlos Iglesias Pernas, soldado de Caballería de Pizarro, recibió un balazo sobre el cóndilo interno del fémur izquierdo, cerca de la interlínea, que traspasó la cavidad articular y que, descortezando en parte el cartílago tibial, salió á través de la rótula, practicando en este hueso un taladro regular. A su ingreso en este hospital presentaba sepsis de la herida y fiebre de absorción. Como de lograr el dominio de tan grave complicación cabía la fundada esperanza de salvar el miembro, se persiguió este fin practicando á este efecto una excavación de las porciones óseas destrozadas por el proyectil, extrayendo las esquirlas desprendidas, los fragmentos de tejidos mortificados, en una palabra, la limpieza perfecta del foco articular en cuanto fué posible, seguida de una abundante irrigación de cloruro de zinc al 6 por 100 y relleno de gasa iodofórmica, terminando por inmovilizar el miembro sobre una gotiera metálica.

Con la intervención descrita se aminoró notablemente la fiebre por espacio de algunas semanas; mejoró el estado general del enfermo, haciendo concebir esperanzas de probable curación; pero habiendo reaparecido por causas indeterminadas el septicismo, se impuso como supremo recurso la amputación del muslo, que se llevó á cabo el 9 de Enero del 97, por el tercio medio y método cir-

cular, con lo cual desapareció la septicemia, obteniéndose la cicatrización sin accidente alguno. Este soldado fué propuesto para Inválidos (clínica del Sr. Peláez).

Quedan los proyectiles no rara vez detenidos en la articulación que nos ocupa. Juan Pujante, soldado del batallón Infantería de Cuba, fué herido de bala, que penetró en la rodilla derecha, donde quedó alojada, entrando de arriba abajo por la cara externa del tercio medio del muslo. El 4 de Octubre del 96 se le extrajo un proyectil de Maüsser, resultando curado, con la articulación en anquilosis incompleta y propuesto para el retiro (clínica del señor Atienza).

Joaquín Roldán Ginés, soldado del batallón expedicionario de Mallorca, recibió un balazo, que penetró por la parte externa y superior de la rodilla derecha, con salida en el hueco poplíteo, fracturando el cóndilo externo del fémur y parte superior de la tibia.

Por haber sobrevenido una extensa artritis traumática é infiltración séptica de la pierna, se hizo indispensable recurrir á la amputación del muslo, por el tercio medio; operación que se efectuó en 6 de Septiembre del 96, por el método circular, curando el individuo, que fué propuesto para Inválidos (clínica del Sr. Clairac).

En acción mandada por el General Weyler en la provincia de Pinar del Río el 12 de Noviembre del 96, fué herido el cabo de Cazadores de Puerto Rico Marcelino Pardo Martínez, el que á su ingreso en este hospital (22 del mismo mes) presentaba el orificio de entrada del proyectil inmediatamente por encima de la tuberosidad de la tibia derecha, con salida á tres traveses de dedo por dentro y parte superior de la región de la rodilla. La misma bala interesó también á su salida el muslo izquierdo, trazando un fuerte surco en la parte anterior de su tercio medio, lesión de poca importancia. No así la articular, que no obstante el desbridamiento que se practicó para la perfecta limpieza de los tejidos afectos, ofreció inflamación intensa, propagada al muslo primeramente y manifestada por un extenso y grave flemón con el consiguiente absceso. Se dió salida al pus que éste contenía, mediante incisión

profunda en la región poplítea, excavada enteramente por la supuración rápidamente producida. La eliminación y fácil desagüe del pus parecieron detener los progresos del mal, mejorando visiblemente el estado de los órganos interesados y las fuerzas del paciente; pero tomando al fin parte en la terrible infección la sinovial y los tejidos periarticulares, se practicó una nueva incisión profunda, penetrando en la cavidad articular por delante del ligamento interno, desinfectándola y asegurando su desagüe. Obtúvose de este modo un transitorio alivio, mas no lográndose dominar la septicemia, y en vista de la decadencia del enfermo, se juzgó indicada la amputación del muslo como único medio de salvación posible. La operación se llevó á cabo por el tercio medio, siendo necesario separar al mismo tiempo los tejidos degenerados por los efectos del absceso antes descrito. Verificada el 14 de Febrero del 97 (procedimiento de Tealle, colgajo anterior largo, posterior corto), el muñón cicatrizó sin nuevos accidentes, siendo este individuo propuesto para Inválidos (clínica del Sr. Castillo).

*De la coxo-femoral.*— La articulación de la cadera no ha dado motivo en estas clínicas á observaciones de un traumatismo directo con penetración de su cavidad; pero la propagación al interior de ésta de los desórdenes patológicos desarrollados en su cercanía, han sido causa de tan terrible intervención quirúrgica como representa siempre la desarticulación coxo-femoral.

Dos veces se ha procedido á practicar esta formidable operación: en un caso tratábase de caries de la extremidad superior del fémur derecho con osteomielitis generalizada, lesiones consecutivas á una herida por arma de fuego con fractura conminuta del trocánter mayor, que databa de catorce meses. Era un soldado del batallón de Bailén, Juan García Muñoz, que fué operado por el procedimiento oval, con raqueta externa, el día 1.º de Marzo del 97, falleciendo á los pocos días de tétanos agudo (clínica del Sr. Baeza).

Refiérese la otra observación al soldado del batallón expedicionario de Almansa Francisco Sebastián Tarazona, herido el 4 de

Mayo del 96 en un encuentro habido en el ingenio Santa Teresa. La bala penetró por la región trocarteriana derecha, saliendo por el tercio superior del muslo, después de haber producido la fractura conminuta del fémur. Durante el tiempo transcurrido hasta el día de la operación de que se trata (14 de Marzo del 97), sufrió varias esquirilotomías, abertura de extensos abscesos, sin encontrar más que un pasajero alivio. Ante el lamentable estado del paciente, que deseaba poner término á tan prolongada dolencia, se resolvió practicar la decolación del fémur, que se ejecutó á colgajo anterior. Desgraciadamente sobrevino un invencible colapso, que arrebató al paciente á las veinticuatro horas (clínica del señor Castillo).

Algunas veces los proyectiles han causado destrozos en un punto del hueso ilíaco en extensión más ó menos considerable, los que no llegan á repararse sin el recurso de intervenciones quirúrgicas.

Así sucedió al guerrillero de la de Sancti-Spíritu Francisco López Pozo, que á consecuencia de una herida de bala presentaba trayectos fistulosos en la región pubiana, con abundante supuración. Merced á una trepanación del pubis, practicada al lado izquierdo de la sínfisis, pudieron extraerse tres secuestros, situados en el espacio prevesical (7 de Noviembre del 96). Curado el individuo, fué propuesto para retiro (clínica del Sr. Baeza).

*Heridas de los gruesos troncos vasculares.* — Interesantes son las heridas de los gruesos troncos vasculares, dando lugar, cuando no producen una muerte rápida, á alteraciones aneurismáticas de reconocida gravedad, con todos los desórdenes anatómicos y funcionales que son su consecuencia.

El soldado del batallón expedicionario de España Diego Santiago, recibió una herida de bala, con entrada por la cara externa del tercio inferior del muslo derecho y salida por la interna de la misma región, que produjo un aneurisma de la femoral.

El 1.º de Octubre del 96 se le operó, ligando la arteria en el triángulo de Scarpa, y curado el individuo fué propuesto para

continuar sus servicios en la Península (clínica del Sr. Atienza).

Benito Sáez de la Maza, soldado del batallón Unión Peninsular, presentaba un aneurisma de la arteria femoral en el tercio medio del muslo derecho, consecutiva á una herida de bala. Practicóse la ligadura en el triángulo de Scarpa en 17 de Marzo del 97, y el individuo, curado, fué propuesto para retiro (clínica del Sr. Soler).

Un balazo que atravesó la flexura del brazo izquierdo al soldado del batallón expedicionario del Rey Esteban García Bravo, dió lugar á un aneurisma difuso por rotura de la humeral; ligada esta arteria en su tercio medio, y limpio el foco aneurismático (15 de Febrero del 97), quedó reparada la lesión y el individuo fué propuesto para retiro (clínica del Sr. Lucía).

H. PELÁEZ,  
Médico mayor.

(Continuará).

---

## Prensa y Sociedades médicas.

---

**Diagnóstico diferencial del tífus exantemático.**—Las diferencias clínicas salientes expuestas por el Dr. *Yagüe* se refieren á la contagiosidad, duración de los prodromos, modo de invadir, síntomas culminantes, manera de concluir, recaídas y duración de la enfermedad, en la forma siguiente:

*Contagiosidad.*—Aun con la escasa difusibilidad de la epidemia tifódica que sufrimos, la primer diferencia estimable que se aprecia con la fiebre tifoidea es su mayor contagiosidad. En efecto, mientras en la fiebre tifoidea la mayor parte de las veces es un solo caso ó dos los que se presentan en la misma casa, en el tífus suelen ser múltiples, sean simultáneos, como acontece las menos veces, sean sucesivos, como sucede en las más.

Han sido para nosotros ejemplos elocuentes de ello, aunque á decir verdad excepcionales, por fortuna, un cuarto principal del número 10 de la calle de Caprara (que por su topografía pertenece á la ciudad, pero por su desurbanización puede pertenecer á cualquier parte), donde hace ya un año vimos ser acometidos 6 individuos en dos días, y el número 18 duplicado de la calle de Magallanes,

donde ha habido más de 20 casos, de ellos 7 sucesivos, en un solo tercero interior.

*Duración de los prodromos.*—En el tifus es menor siempre que en la fiebre tifoidea, no durando, por lo general, más que de dos á cuatro días.

*Invasión.*—En la fiebre tifoidea es lenta y progresiva; comienzan los síntomas con menor intensidad y van creciendo, como gradualmente, en los primeros días, para llegar á estar en su plenitud al final de la primera semana.

En el tifus, por el contrario, el comienzo es brusco, hasta brutal por su intensidad; en los casos mayores, después de los prodromos, y siempre desde el principio, llegan á su mayor apogeo la fiebre y el malestar. La diferencia es muy perceptible siempre.

*Síntomas.*—Los síntomas más diferenciales son la fiebre, el pulso, el exantema, el estreñimiento, la cefalalgia y los síntomas nerviosos.

La *fiebre* adquiere desde el principio, después de los prodromos, su mayor elevación, mientras en la fiebre tifoidea crece progresiva y más ó menos regularmente, para llegar sólo á su apogeo días después de comenzar.

La diferencia del *pulso* es de las más salientes y fáciles de comprobar, puesto que en la fiebre tifoidea no guarda relación en frecuencia con la temperatura, y en el tifus, por el contrario, siempre (no hay excepciones que merezcan mencionarse) es frecuente y en relación con la temperatura, de tal modo, que á fiebre elevada jamás corresponde pulso inferior á 100 pulsaciones por minuto.

Cuanto al *exantema*, no es posible confundir las escasas petequias que suelen presentarse en la parte anterior del tronco de los tifoideos con la erupción sonrosada y abundante del tifus.

Se distinguen en el tiempo de aparición, la topografía y la cantidad; la del tifus aparece siempre en el primer septenario, es generalizada ó extendida á muchas regiones, siendo siempre muy perceptible en el dorso, brazos y antebrazos, donde jamás aparecen las petequias, siempre discretas y rarísima vez coherentes, de la fiebre tifoidea.

Pocas veces la erupción es en el tifus tan confluyente que invade la cara é inyecta los ojos, pero siempre sus manchas desaparecen á la presión. Bastantes veces la suciedad impide percibir el exantema.

De otra parte, la erupción petequial es permanente ó dura largo tiempo, mientras el exantema tífico es transitorio y suele durar seis á siete días y nunca más de diez.

*Aparato digestivo.*—Lengua ancha, húmeda, saburrosa, al principio; más seca, estrecha, con dos fajas laterales blancas y una central más oscura, en el acmé de la dolencia: tal suele ser la lengua tifódica; no he visto fuliginosidades.

El vientre está más bien hundido y el estreñimiento es constante, mientras en el tifoideo la lengua varía mucho, según la forma; pero siempre es más seca y menos saburrosa, el vientre abultado, timpánico, con gorgoteo si hay diarrea, lo que es la norma.

*Bronquitis ó congestión bronquial.*—Merece destacarse que al comienzo del tífus, lo contrario que sucede en la fiebre tifoidea, aparecen siempre fenómenos congestivos muy acentuados (tanto que llegan en algunos á la hemoptisis ligera) en los bronquios, que rara vez se convierten en bronquitis verdadera, y que declinan rápidamente en la semana primera después de la invasión.

La constancia de estos fenómenos es tan grande, que es rarísimo dejen de presentarse.

*Cefalalgia y síntomas nerviosos.*—En el tífus, la verdadera cefalalgia la he visto pocas veces, y menos con el carácter de gravativa y supraorbitaria; más bien es una sensación de peso difusa, con obtusión intelectual.

Tampoco el delirio es común, y no he visto delirios intensos.

Sabido es que en la fiebre tifoidea, sobre todo en su forma atáxica, es éste común y la cefalalgia intensa.

*Duración de la enfermedad.*—El tífus es mucho más corto, dos semanas á dos y media en sus formas comunes; la fiebre tifoidea dura el doble, y en las formas lentas mucho más.

*Manera de concluir.*—La fiebre tifoidea termina lentamente, y casi siempre no en menos de una semana; el tífus acaba como empezó, bruscamente algunas veces, y siempre en dos ó tres días.

*Recaidas.*—Son casi constantes en la fiebre tifoidea y rarísimas en el tífus exantemático.

Claro que no siempre aparecen claras todas estas diferencias; pero es raro que no se destaquen, cuando menos la mayoría, como buenos signos diagnósticos diferenciales.

Han podido obscurecer en la presente epidemia el diagnóstico varios hechos circunstanciales: el primero, que la mayoría no habíamos visto jamás enfermos de tífus exantemático; el segundo, que esta afección no ha venido con la contagiosidad y difusión que defían los autores (de aquí la utilidad relativa de los clásicos), y el tercero, que la fiebre tifoidea ha perdido en muchos casos, desde hace tiempo, como ha sido dable observar á todos (y aquí, como en todas partes, por lo que Ewald llamó sobre ello la atención en la Sociedad Médica de Berlín), sus caracteres típicos, siendo en su lugar cuadros borrosos, en que, sin ayuda del laboratorio, las afirmaciones no pueden ser absolutas en cuanto á diagnóstico. De ahí que no pocos las diagnostiquen de gripe.

Hay, pues, fiebre tifoidea y tífus exantemático, fácil de diferenciar; pero hay estados tifoideos y estados tíficos difícil, y á veces imposible, de distinguir, como cuando se compara un cuadrado blanco con uno negro resulta fácil y evidente la diferencia, menos fácil en las comparaciones de matices blancos y negros y hasta imposible cuando en los matices no hay discrepancia.

El Dr. *González Campo* dice que el hecho de haber visto en su visita de Beneficencia municipal más de 200 enfermos de tífus exantemático indudable, le anima á tomar parte en esta discusión, y expresa lo que ha observado en los siguientes términos:

La fiebre siempre se presenta bruscamente, cosa que no sucede en la tifoidea, á no ser algunas veces en los niños; las remisiones matinales suelen ser menos acentuadas que en esta enfermedad; en uno ó dos días la temperatura llega á su máximo, que oscila entre los 40 y los 41°.

El exantema, caracterizado por manchas rojizas como picaduras de pulga, aparece del tercero al cuarto día; se le ve aparecer en el tronco y miembros, teniendo su mayor intensidad en el pecho y raíz de las extremidades superiores; desapareciendo á la presión mientras no se oscurece, toma en algunos casos color purpúreo constituyendo petequias que no desaparecen, no ocurriendo esto sino al final de la primera semana; más ó menos confluentes, las máculas se hacen en algunos casos papulosas.

El delirio, muy frecuente, al principio tranquilo, nocturno y profesional, suele hacerse después, en algunos casos, de acción, y aun con accesos de acometividad.

El temblor es muy característico, de oscilaciones poco amplias; se aprecia en cuanto pedimos al enfermo la mano para tomarle el pulso.

Es constante y pertinaz la sordera; desaparece con la fiebre, y en algún enfermo persistió varios días.

La cefalalgia no tiene caracteres típicos.

El pulso concuerda con la temperatura, cosa que no sucede generalmente en la tifoidea.

La astricción es constante y las hemorragias nasales son frecuentes, no dejando de presentarse en alguna ocasión enterorragias. La lengua, al principio húmeda y saburrosa, se hace áspera, leñosa, achocolatada. Existen frecuentemente fuliginosidades y lentores, existiendo inyección conjuntival, infarto del bazo y estupor, del que siempre ha podido hacer salir al enfermo momentáneamente interrogándole.

No existe gorgoteo en la fosa ilíaca derecha sino cuando, á consecuencia de algún purgante, tiene el enfermo diarrea. Este dato, al que tanta importancia se dió y aún se da por algunos en la tifoidea, no tiene valor, y sólo demuestra que existen materias líquidas en el intestino grueso.

Son muy frecuentes los síntomas catarrales y congestivos del aparato respiratorio, que en ocasiones tienen bastante intensidad.

La terminación es siempre por crisis, pero crisis no rápida como la de neumonía, sino que tarda en hacerse de uno á dos días, y aun tres en algún caso.

Las complicaciones que ha visto consistieron en fenómenos meningéos y verdaderas meningitis en los niños, bronconeumonías y en dos embarazadas el parto prematuro.

La enfermedad dura próximamente dos septenarios, y ha observado casos de forma abortiva y otros atenuada. En aquéllos, con los síntomas del principio claros, y en sujetos que vivían en medio tífico, sobrevino un sudor crítico cuando había de aparecer el exantema, cesando así la enfermedad. Otras veces, sobre todo en niños, recorre

la enfermedad su curso en un septenario, presentándose ó no pe-  
tequias.

El pronóstico, refiriéndose á un tercio aproximadamente de los  
enfermos que ha visto y que no fueron trasladados al hospital, tiene  
de raro el que sólo murió un individuo que llevaba, cuando lo vió,  
diez y ocho días de enfermedad sin asistencia facultativa, y que fa-  
llecio al siguiente día de su visita; los demás, salvo los niños en que  
el mal se acompañó de meningitis, curaron; este resultado es tanto  
más raro cuanto que no concuerda con lo observado en otra clase  
social. Sus enfermos vivían en el peor de los medios, en los barrios  
de las Peñuelas é Injurias, y sin embargo de tan malas condiciones  
curaban de infección tan grave.

El tratamiento que empleó se redujo á dieta láctea, caldos, agua  
de limón, purgantes y poción quinada con alcohol. Por las condicio-  
nes del medio no pudo emplear la hidroterapia, y en algún caso en  
que se atrevió á recomendarla no fué obedecido.

Por lo que hace á la diferenciación con la tifoidea, la cree fácil  
por lo que ha visto; si hubiese dudas, la suerorreacción positiva en  
ésta y negativa en el tífus las desvanecería.

Sus causas son la suciedad, el hacinamiento y la miseria, por lo  
que han pagado tan gran tributo á la morbilidad los barrios extre-  
mos de Madrid.

La profilaxis por parte de los particulares no puede hacerse  
mientras exista la actual incultura con su horror al aire y al agua,  
siendo su concausa el hambre.

La propagación del tífus se verifica por el contacto directo con  
los enfermos, por las ropas, permanencia en las viviendas de los  
atacados, sirviendo también de medio de propagación los sanos que  
tienen roce con los tíficos.

Por esto hay que protestar contra la pasividad de las autorida-  
des, que se muestran indiferentes ante esta epidemia. Porque no  
otra cosa supone la falta de medidas eficaces en casos como el que  
cita de una casa en que ocurrieron cerca de 40 invasiones, sin que  
se haya tomado ninguna medida en armonía con la gravedad del  
hecho, así como la desinfección por el procedimiento de regar los  
suelos con una solución de creolina, desinfección que sería ridícula  
si no fuese tan triste.

Así ha visto en una casa dos enfermos de tífus que, mudándose  
del cuarto en la convalecencia, produjeron la infección en el jefe de  
la familia que lo alquiló después. Así sucede que la epidemia ha  
producido víctimas en las proximidades del llamado hospital de  
epidemias, por tener su personal libre salida, sin que sepa que tome  
precauciones de ningún género.

(*Acad. Méd.-Quirúrg. Española*).

\*  
\*\*

**Nuevo medio de empleo de la adrenalina en rinología.**—El  
Dr. Mignon, de Niza, en una comunicación dice que la adrenalina no

ha sido empleada hasta ahora en rinología sino en forma de solución, preparada generalmente al milésimo y adicionada de una pequeña cantidad de cloretona y asociada algunas veces á la cocaína.

Siendo su acción rápida y fugaz, se produce secundariamente, sin impulso congestivo bastante intenso, bien una inflamación de la mucosa, bien una hemorragia, si hay una úlcera ó una simple erosión nasal.

Para contrarrestar este inconveniente, el autor creyó necesario hacer actuar á la adrenalina de una manera prolongada, lo cual se puede obtener incorporándola á la vaselina, que se aplica á la superficie de la mucosa.

Para preparar esta pomada, eminentemente vaso-constrictora, se deben tomar precauciones especiales para que la pequeña cantidad de substancia activa (1 por 100) se mezcle de una manera homogénea.

Para ello el autor cree útil repartirla primero en una pequeña cantidad de aceite de vaselina y mezclarla después con vaselina y lanolina, aumentando esta última la consistencia de la pomada. Se podrá añadir también una substancia antiséptica y astringente, como las que forman parte de la siguiente fórmula:

Adrenalina.....	0'03 centigramos.
Aceite de vaselina.....	3 gramos.

Añadir:

Vaselina blanca.....	12 gramos.
Esencia de geráneo.....	III gotas.
Lanolina.....	15 gramos.

Al usar las pomadas de adrenalina no es conveniente introducir grandes cantidades en las fosas nasales, basta sólo embadurnar la mucosa con un porta-algodón recubierto de la mezcla. La acción es un poco menos rápida que después del empleo de la solución al milésimo, pero es mucho más duradera y se prolonga tanto como permanezca la pomada sobre la mucosa.

Se deberá preferir la pomada á la solución en los casos en que se prefiera obtener una isquemia persistente, como en las rinitis agudas y en las rinitis congestivas de repetición con ó sin hidrorrea. El autor ha sacado gran provecho del empleo de esta pomada, después de las cauterizaciones de la mucosa nasal, para impedir la congestión secundaria.

En las intervenciones cruentas que pudieran acarrear una hemorragia secundaria, el autor empieza por una embrocación con la solución al milésimo y termina por una aplicación de pomada, que continúa el efecto isquemizante, evitando de este modo en muchos casos la necesidad del taponamiento.

En resumen; la pomada de adrenalina prolonga su acción é impide los fenómenos congestivos secundarios que se producen poco tiempo después de una simple aplicación de la solución, por no poder quedar ésta, como la pomada, sobre la superficie mucosa.

(*Soc. de Laring.*)

**Empleo y efecto terapéutico de las inyecciones subconjuntivales de ioduro de sodio en las enfermedades de los ojos.**—

*Schiele:* El autor emplea una solución de ioduro de sodio de 1 por 1.000, á la cual añade una á tres gotas de solución de aedina al 1 por 100; practica las inyecciones en la parte supero-externa y á gran distancia de la córnea. Estas inyecciones ejercerán, según el autor:

1.º Una acción analgésica; los dolores en la iritis, la ciclitis, las úlceras de la córnea, la panoftalmía, el glaucoma, desaparecerían en el curso del mismo día; el sueño aparece ya la noche siguiente á la inyección.

2.º Una acción directa sobre el proceso morbosos. El autor cree también haber demostrado en un caso de glaucoma una disminución de la presión intraocular y una mejoría de la vista. Ha empleado las inyecciones en diferentes formas de iritis y ciclitis, continuando con la atropina; en las coroiditis maculares y miópicas, en las úlceras del hipopión y en las heridas corneales infectadas.

El autor considera estas inyecciones como un poderoso remedio linfagogo, antiséptico y analgésico.

(*Le Progrés méd. belge*).

\*  
\* \*

**Valor del almizcle en las enfermedades infecciosas.**—El Doctor Crookshank publica el siguiente artículo sobre las propiedades antitóxicas de este antiguo medicamento.

Según el indicado Profesor, el almizcle, aparte de sus efectos estimulantes sobre la respiración, acción cardíaca y tonicidad vascular, tiene la propiedad de neutralizar casi todas las toxinas de origen microbiano, y muy especialmente las que actúan sobre el sistema nervioso central, anulando las funciones del cerebro y de la médula oblongada.

Por eso no tiene rival en los casos puros de toxemia específica aguda, y sin que se pueda asegurar en absoluto cómo obra en los citados casos, hay, sin embargo, motivo suficiente para suponer que actúa estimulando las células nerviosas de la base del cerebro, y que fija y neutraliza las toxinas microbianas, desenvolviendo una acción análoga á la de las antitoxinas naturales.

En la fiebre tifoidea con perforación intestinal, hemorragia y pulmonía, así como en la difteria, sus resultados son poco apreciables por tratarse de accidentes completamente ajenos á la intoxicación del cerebro y del bulbo. Lo propio ocurre con las variedades sépticas de la escarlatina.

El almizcle que se utilice debe ser muy puro, y las dosis del medicamento relativamente elevadas (20 á 25 centigramos cada dos horas).

(*West London Med. Journ.*)



## SECCION PROFESIONAL

### ORGANIZACIÓN

En virtud de la autorización que concede la Ley de diez y siete de Julio del año actual para reorganizar las tropas del ejército y servicios con ellas relacionados, á propuesta del Ministro de la Guerra,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º El territorio de las posesiones del Norte de África se dividirá en dos Gobiernos militares, uno de los cuales comprenderá la plaza de Ceuta y su campo exterior, y el otro la de Melilla con el suyo, más las islas Chafarinas, Alhucemas y el Peñón de Vélez de la Gomera.

Art. 2.º Estos Gobiernos militares serán exentos, y al frente de cada uno de ellos habrá un General de división, con iguales atribuciones y facultades que los Capitanes Generales de región ó distrito y las que se derivan del mando especial de dichas plazas, que tienen en la actualidad los Comandantes generales de ellas, siendo, asimismo, Inspectores de las tropas. La denominación oficial de estos cargos será la de *Gobernador militar de Ceuta y Gobernador militar de Melilla y plazas menores de África*, respectivamente.

.....  
Art. 4.º En las plazas de Chafarinas, Alhucemas y el Peñón habrá Comandantes militares, de categoría de Jefe, con nombramiento expreso y dependientes del Gobernador de Melilla.

Art. 5.º Las planas mayores de los Gobiernos militares serán: Estado Mayor, á cargo de un Coronel de este Cuerpo.—Comandancias de Artillería y de Ingenieros, con Coroneles del Cuerpo respectivo.—Subintendencia, con un Subintendente militar.—Jefatura de Sanidad Militar, con un Subinspector médico de primera.— Auditoría de Guerra, á cargo de un Auditor de brigada. — Y Tenencia Vicaría Castrense, con un Capellán mayor.

Art. 6.º Los Jefes de estos organismos despacharán directamente con el Gobernador respectivo aquellos asuntos que sean técnicos de su exclusiva competencia, y la resolución que dicho Gobernador adopte será evacuada y despachada por el Estado Mayor.

.....  
Art. 12. Á la Jefatura de Sanidad Militar de cada Gobierno irá anexo el cargo de Director del hospital de la plaza, encargándose de la dirección del Parque sanitario el Jefe de servicios de dicho hospital.  
.....

Art. 15. Constituirán la guarnición del Gobierno militar de Ceuta las tropas siguientes: *Infantería*: un regimiento activo de tres batallones nutridos de fuerza, próximamente al pie de guerra, y un batallón destacado de la brigada de Cazadores de Andalucía.— *Artillería*: tropas de Artillería de plaza de la Comandancia, y una batería de montaña destacada del grupo del Campo de Gibraltar.— *Ingenieros*: una compañía de Zapadores Minadores.— *Milicia voluntaria de Ceuta*: compuesta de una compañía de moros tiradores, un escuadrón de Cazadores y una compañía de mar.— *Administración Militar*: una sección mixta de plaza, montada y de montaña.— *Sanidad Militar*: una sección á pie y una ambulancia.

Art. 16. Las tropas que compondrán la guarnición del Gobierno militar de Melilla y plazas menores de África son: *Infantería*: un regimiento activo de tres batallones como el de Ceuta, y el batallón Disciplinario.— *Caballería*: un escuadrón de Cazadores.— *Artillería*: tropas de Artillería de la Comandancia, compuestas de las de plaza y un grupo mixto de dos baterías, una montada y otra de montaña.— *Ingenieros*: una compañía de Zapadores Minadores.— *Compañía de mar*.— *Administración Militar*: una sección mixta de plaza, montada y de montaña.— *Sanidad Militar*: una sección á pie.

.....  
Art. 24. La organización que establece el presente decreto comenzará á regir el primero de Octubre del año actual.

Art. 25. El Ministro de la Guerra queda encargado de la ejecución de este decreto.

Dado en San Sebastián á primero de Septiembre de mil novecientos cuatro.—Alfonso.—El Ministro de la Guerra, Arsenio Linares.

*Plantilla del personal de Jefes y Oficiales de Sanidad Militar  
de las posesiones del Norte de África.*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 2 Subinspectores médicos | { Jefes de Sanidad de Ceuta y Melilla, y Directores de los hospitales de dichas plazas.                        |
| de primera clase.....    |  |
| 2 Subinspectores médicos | { Jefes de servicios de los hospitales de Ceuta y Melilla, y Directores de los Parques sanitarios respectivos. |
| de segunda clase.....    |  |

	2	para el hospital de Melilla.
	2	para el hospital de Ceuta.
7 Médicos mayores. ....	2	para las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Melilla y Ceuta.
	1	para el hospital de Chafarinas.
	2	Secretarios de las Jefaturas de Sanidad de Ceuta y Melilla.
	1	para el hospital de Alhucemas.
	1	para el hospital del Peñón.
11 Médicos primeros.....	7	para los regimientos de Ceuta y Melilla, batallón Disciplinario de Melilla, escuadrón de Melilla, milicia de Ceuta y para las secciones de Sanidad Militar de Ceuta y Melilla.
	2	para las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Ceuta y Melilla.
9 Médicos segundos... ..	3	para los hospitales de Chafarinas, Alhucemas y Peñón.
	4	para los regimientos de Ceuta y Melilla.
2 Farmacéuticos mayores.		Para los hospitales de Ceuta y Melilla.
5 Farmacéuticos segun- dos.....		Para los hospitales de Ceuta, Melilla, Chafarinas, Alhucemas y el Peñón.

---

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

---

DETALLES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR DEL EJÉRCITO JAPONÉS Y DE SUS SERVICIOS EN CAMPAÑA. — Este servicio se organizó el año 1886, en seguida de adherirse el Japón á la Convención de Ginebra, tomando lo mejor de las instituciones similares europeas, con las modificaciones adaptables á sus usos y necesidades.

Los Cirujanos del ejército gozan del estado militar; su jerarquía empieza en el grado de Subteniente y llega hasta el de Teniente General; se denominan, en orden ascendente, Médicos de tercera, segunda y primera clase; principales, primeros y segundos; Inspectores, Inspectores generales é Inspector general Jefe. Se reclutan entre los Médicos diplomados por concursos, y una vez aceptados, antes de ingresar en el Cuerpo, deben recibir durante cuatro meses instrucción militar en un regimiento.

Recientemente se ha creado en Tokio la Academia Médico-militar, verdadera Escuela de aplicación para Oficiales médicos subalternos; los cursos, que duran desde Septiembre á Marzo, y á los que asisten 50 alumnos, son teórico-prácticos y versan sobre clínica, bromatología, higiene, bacteriología, cirugía de guerra y servicio sanitario en campaña.

El personal docente se compone de un Director (General) y 12 Oficiales.

Posee un rico Museo de Higiene militar, con modelos de cuarteles, hos-

pitales, barracas, uniformes, víveres, material de transporte, llamando la atención entre estos últimos un carrito de dos ruedas (*jínriskika*), tirado por un *coolí*, para conducir uno ó dos heridos acostados ó sentados, y una especie de silla de paja muy ligera que se lleva á la espalda como una mochila, bastante práctica para transportar heridos en regiones montañosas.

Tiene además buenos gabinetes y laboratorios para los diversos ejercicios prácticos, incluso uno de radiografía, una rica biblioteca y hasta un periódico propio, donde se publican todos los trabajos originales de la Escuela.

A cada división está adscrito un hospital principal (en todo 12); existen 26 hospitales de segundo orden y uno especial para la isla de Formosa.

El hospital militar principal de Tokio, situado en uno de los sitios más pintorescos de esa capital, tiene capacidad para 500 camas.

El servicio en los cuerpos de tropa es practicado por Cirujanos y enfermeros, cuyo número varía en las diversas Armas; en tiempo de guerra se agrega el personal de camilleros, soldados de las filas que han recibido una instrucción especial en tiempo de paz.

Para el servicio de campaña el personal se distribuye así:

En cada regimiento de Infantería 8 Cirujanos, 3 sargentos ayudantes de Sanidad, 12 enfermeros y 48 camilleros.

Para un regimiento de Caballería 3 Cirujanos y 3 enfermeros.

Igual dotación para un regimiento de Artillería.

Un batallón de Ingenieros lleva 2 Cirujanos y 3 enfermeros, y lo mismo el batallón de Tren.

A cada división están adscritas dos compañías de Sanidad, cuyo efectivo es de un Jefe, 3 Suboficiales, 6 cabos y 146 soldados, y como agregados 20 destacamentos y dos columnas de transporte de la Cruz Roja. El grupo sanitario de la misma se compone de un Cirujano jefe, 7 ídem oficiales, 4 Farmacéuticos, 10 cabos enfermeros, 26 enfermeros, un Comisario, un Secretario, un Suboficial y 3 soldados del Tren y 36 conductores.

Hay 6 hospitales de campo en cada división, cuyo personal se compone de 6 Cirujanos, un Farmacéutico, un Comisario, 6 cabos enfermeros, 34 enfermeros, 38 conductores y 2 sirvientes.

Todo el personal anterior constituye el servicio de primera y segunda líneas, distribuido en dos Cuerpos (línea de combate y puesto de socorro), en las estaciones de cura y en los hospitales. El servicio sanitario de las líneas de tercera y cuarta está formado por las ambulancias de la base y de las líneas de comunicación, por el servicio de etapas, los convoyes de transportes, los hospitales de reserva y los hospitales auxiliares, con el siguiente personal: en la cabeza de las líneas de comunicaciones, un Cirujano jefe, un ídem oficial, un Farmacéutico, un Suboficial de Sanidad; en cada hospital de etapa, 7 Cirujanos, un Farmacéutico, 4 cabos enfermeros y 40 enfermeros; en los convoyes, 3 Cirujanos, un cabo enfermero, 2 enfermeros y un Secretario; en los hospitales de reserva, 4 Cirujanos, 4 Farmacéuticos, 5 cabos enfermeros y 40 enfermeros.

Los hospitales de campo tienen capacidad para 200 camas cada uno,

pudiendo dividirse en dos de 100 camas; los de reserva son de 120 camas cada uno.

En los Estados Mayores de los ejércitos y de las divisiones figuran un Cirujano jefe, un Cirujano ayudante y dos asistentes.

El material sanitario consta, además del paquete individual que lleva cada combatiente, de lo que sigue:

En cada batallón, 2 pares de cofres ó canastos, 15 bolsas de curación y 4 camillas; los Cirujanos llevan una cartera de cirugía.

En las estaciones de cura (nuestras ambulancias divisionarias), 12 canastos, 96 camillas y 2 carpas.

El material del hospital de campo se lleva en 12 canastos y 4 carpas.

Las secciones sanitarias de la tercera y cuarta líneas reciben el material de los depósitos de reserva, situados á la cabeza de las líneas de evacuación, y de los depósitos centrales. Además la Cruz Roja contribuye poderosamente con su material y su personal á estos servicios.

Todo este material es moderno, llamando la atención los cofres de aluminio (iguales á los de nuestras ambulancias de campaña), la estufa de desinfección locomóvil y los filtros de campaña, muy ingeniosos, pero poco sólidos.

Además de todos estos elementos cuenta el ejército del Japón con el auxilio de la Cruz Roja, asociación que ha tomado un incremento extraordinario.

(*Anal. de Sanid. Mil. de Buenos Aires*).

\*  
\* \*

Hemos recibido la Memoria escrita por el General D. Enrique de Orozco, Presidente de la Asociación del Colegio de María Cristina, para huérfanos del Arma de Infantería, dando cuenta á dicha Asociación del estado actual en que se halla el Colegio.

De su lectura dedúcese la categórica afirmación de que el Arma de Infantería sostiene un centro de cultura que puede, sin género alguno de duda, competir con ventaja con cualquier otro de sus similares extranjeros, así como también puede asegurarse que su actual mejoramiento lo debe á la labor constante de su Junta de gobierno y preferentemente á la muy inteligente dirección de su Presidente el General Orozco.

La anterior afirmación se demuestra con decir que en ocho años los fondos en caja de la Asociación han aumentado en 776.866 pesetas, á pesar de haber aumentado también el número de huérfanos presentes en el Colegio y el de los que disfrutan pensión.

No es menos elocuente el resultado obtenido por los alumnos en el curso último, en que 6 terminaron el bachillerato, 2 el magisterio, 17 ingresaron en Infantería, 3 en Artillería, 2 en Ingenieros, 1 en Administración Militar, 2 en Telégrafos, 10 en Correos, 2 en el Seminario y 2 en industrias particulares.

En la sección de niñas, 35 terminaron la carrera de Profesoras de instrucción primaria y 3 la de piano.

Reciba nuestra enhorabuena el General Orozco y la Asociación de Huérfanos de Infantería.