

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX Madrid 1.º de Septiembre de 1905 Número 437

ESTADISTICA

de las operaciones quirúrgicas practicadas durante la campaña de Cuba en el hospital militar de Alfonso XIII. Años 1896-97-98.

(Continuación).

81. *Marcelo Rodríguez Frontá*, natural de Valmojado (Toledo), pertenecía al batallón de Talavera, 4 peninsular. Se hirió casualmente el 3 de Julio de 1897 estando de centinela en el fuerte del cementerio de Guanabacoa. Herida de bala en el borde interno de la mano izquierda, cuyo proyectil penetró por la cara palmar y salió por la dorsal, después de fracturar parcialmente el metacarpiano; supuración. El 23 del mismo mes se limpió y regularizó la herida, afrontando y suturando sus bordes; curado, volvió á las filas.

82. *Juan Cruz Díez*, natural de Logroño, perteneciente á la brigada mixta de Artillería. Según manifestó, se hirió casualmente el 14 de Julio de 1897 por haberse caído de un caballo á la salida del cuartel de Compostela en la Habana. Herida contusa en la región fronto-parietal derecha, de 4 centímetros de longitud, que interesaba los tejidos blandos en todo su espesor; curado de primera intención con sutura de la herida, presentaba á su ingreso sepsis local y estado flegmonoso. El día 25 del mismo mes se hizo la desinfección y raspado de la herida, con extracción de cuerpos extraños, refrescando y regularizando sus bordes, que se ajustaron con nueva sutura; curado, volvió á las filas.

83. *Manuel Pasos Montes*, natural de Pontevedra, pertenecía á la guerrilla local de Sibacoa. Conduciendo un convoy de Bayamo á Manzanillo, fué herido en un combate sostenido con el enemigo el día 9 de Marzo de 1897 en la acción de Ciénaga y Barrancas. A su ingreso en el hospital de la Habana presentaba un extenso foco de caries necrósica en la epífisis superior del húmero, consecutivo á la herida de bala que le atravesó el hueso de delante á atrás, dejando establecido un trayecto fistuloso anterior. El 21 de Julio del mismo año se practicó una dilatación por la cara anterior del muñón del hombro, con amplia excavación á escoplo, martillo y cucharilla, hasta separar todo el tejido sospechoso; se hizo una contraabertura posterior para establecer el desagüe, refrescando el trayecto fistuloso y suturando por la parte anterior; curado, fué propuesto para el retiro.

84. *Juan Alvarez Calahorra*, natural de Piedrahita (Avila), perteneciente al batallón expedicionario de Isabel la Católica. Fué herido el día 6 de Mayo de 1897 en el combate de Barrancas (Matanzas), sostenido por su Cuerpo con el enemigo. Extenso absceso del muslo izquierdo, consecutivo á un flemón difuso fraguado en el trayecto de una antigua herida de bala que atravesó los tejidos blandos de la mencionada extremidad, desde la cara interna á la externa por su tercio medio, con trayecto fistuloso externo. El 28 de Julio de dicho año se practicó una dilatación del conducto fistuloso de 7 centímetros de longitud, raspando el foco con la cucharilla y estableciendo una contraabertura del mismo para el desagüe por la región poplítea. Suturando por completo la abertura superior; curado, volvió á las filas.

85. *Antonio López Varcárcel*, natural de Toeris (Lugo), pertenecía al 11.º batallón de Artillería de plaza. Refiere que estando haciendo la limpieza de un cañón de la batería del Barco en la playa del Chivo de la Habana, se hirió casualmente el 15 de Julio de 1897. Presentaba una herida contusa de la región frontoparietal izquierda, de forma irregular, de 3 centímetros de extensión por uno y medio de anchura, interesando el espesor del cuero cabelludo

y tocándose á su través el parietal desnudo; estado flegmonoso, edema de la cara y linfagitis del cuello. El día 29 del mismo mes se hizo la desinfección, raspado y regularización de la herida, cuyos labios se afrontaron con sutura; curado, volvió á las filas.

(El núm. 86 está representado por la segunda intervención que se hizo al núm. 70).

87. *Pablo Olive Cravet*, natural de Camarasa (Lérida), pertenecía al batallón expedicionario de España, número 46. Formando parte de la columna mandada por el Teniente Coronel Vicario, fué herido el día 22 de Junio de 1897 en un combate sostenido contra el enemigo en las lomas del Salto del Chivo. Herida de bala, que penetró por la cara posterior del tercio superior del antebrazo izquierdo, atravesó transversalmente el espesor del miembro, saliendo por la cara interna, después de producir la fractura parcial del cúbito. El 30 de Julio siguiente se hizo la resección parcial de la mitad del espesor del cúbito, en una extensión de 5 centímetros, extrayendo un fragmento de bala, suturando y dejando establecido el desagüe; curado, fué propuesto para el retiro.

88. *Francisco Almagro Pérez*, natural de Villas (Granada), pertenecía á la brigada mixta de Artillería. Estando en instrucción en la plaza de la Habana, recibió la coz de un mulo el día 26 de Julio de 1897. Herida contusa en la parte central del labio inferior, que interesaba el espesor del mismo en toda su porción libre; unidos sus bordes por puntos de sutura, se produjo la mortificación de aquéllos. El día 30 del mismo mes se refrescaron los bordes de la herida, estableciendo las suturas cutánea y mucosa de dichos bordes; cura al descubierto, sin apósito; curado, volvió á las filas.

H. PELÁEZ,
Médico mayor.

(Continuará).



Prensa y Sociedades médicas.

La herencia y el tratamiento del estrabismo convergente.—

Gohn: El carácter hereditario del estrabismo convergente ha sido señalado ya por diversos autores. El autor ha hecho investigaciones especiales con este objeto. Ha demostrado que de 805 estrábicos de su clientela particular hay antecedentes hereditarios por lo menos en un 33 por 100 (esta cifra para Jensen sería de 70 por 100, y para Worth 52 por 100). Existe cierto predominio de la influencia materna (58 por 100) sobre la paterna (42 por 100). No existe caso alguno en que el hijo de padres estrábicos haya sido atacado de estrabismo convergente sin ser él mismo hipermetrope. Sin embargo, esta condición por sí sola no es suficiente. La existencia de cientos de millares de hipermetropes no estrábicos prueba que este vicio de refracción no es la causa única. La ambliopía de un ojo ó su debilidad congénita no suministra una explicación suficiente: se encuentran sujetos que tienen un ojo hipermetrope y el otro ambliope, sin que haya en él trazas de estrabismo. El autor cree que sería preciso buscar la existencia de anomalías musculares, por ejemplo, vicios de inserción del recto interno.

En cuanto al tratamiento, el autor saca de su estadística (2.000 casos, 700 operados) las conclusiones siguientes:

1.^a Hasta el cuarto año es preciso limitarse á cubrir el ojo sano durante algunas horas al día para evitar la ambliopía del ojo enfermo.

2.^a A partir del quinto año es preciso proceder á ejercicios con cristales convexos y el estereoscopio.

3.^a Es necesario corregir de un modo permanente la hipermetropía total.

4.^a No operar antes del décimo año, y solamente en los casos excesivamente marcados en el sexto año.

5.^a No prometer más que mejoría, y no la curación.

6.^a En los grados máximos es preciso proceder al avance del recto externo.

(*La Clin. des hóp. de Bruxelles*).

* * *

Nuevo procedimiento de nefrectomía subcapsular.—El Doctor *Albarrán:* No queriendo insistir por ahora en las indicaciones de las diferentes variedades de nefrectomía, me limitaré á describir un procedimiento operatorio inédito que he empleado muchas veces cuando las coherencias del tumor son tales que la nefrectomía extracapsular es difícil, peligrosa y aún imposible.

No insisto en los primeros tiempos de la operación, que describí

detalladamente en otras ocasiones, limitándome á mencionarlos por ser los mismos de toda intervención renal por la vía lumbar.

Larga *incisión* de la piel y del tejido celular, que, partiendo de la última costilla, al nivel de la masa sacro-lumbar, se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante, pasando á 4 centímetros por encima de la parte más saliente de la cresta iliaca y terminada más ó menos lejos según el caso.

Corte del gran dorsal y del gran oblicuo primero; luego del serrato menor inferior y del pequeño oblicuo; en fin, de la aponeurosis del transverso.

Reclinar hacia atrás, debajo del cuadrado de los lomos, el nervio abdomino-genital.

Incindir entonces la aponeurosis retro-renal al nivel del borde posterior de la herida, lo que permite ver la grasa amarilla pálida de la atmósfera perirrenal.

Aprovechando esa incisión se introducen en ella los dos índices, que se dirigen hacia adelante y adentro, separando la grasa; pronto se llega á sentir la superficie de consistencia firme del riñón. En ese momento, con las pinzas de garfio, se coge la grasa perirrenal en los dos bordes de la hendidura producida por los dedos. Mientras el ayudante sostiene separadas esas pinzas continúa el Cirujano despojando metódicamente la superficie del riñón: primero trabajan los dedos adelante y atrás, luego, más penosamente, arriba y abajo, sin tratar de hacer la decorticación completa. Basta descubrir el riñón en una extensión de 5 á 6 centímetros y combinar entonces la operación del modo siguiente:

Incisión de la cápsula propia.—Cuando está ya descubierta en una pequeña extensión la superficie del riñón, se incinde longitudinalmente la cápsula propia, sin cortar, ó cortando lo menos profundamente posible, el parénquima renal. Cuando la cápsula es fina la cosa es fácil, pero á menudo la cápsula propia está fusionada con los tejidos periféricos y no se reconoce el riñón sino cuando se ha cortado su parénquima; se produce entonces una pequeña hemorragia sin importancia, que no debe detener al operador.

Decorticación.—En los casos sencillos la decorticación se efectúa muy fácilmente: basta insinuar el índice entre la cápsula propia y el riñón; á ese nivel no hay habitualmente adherencias, y en algunos instantes se contornea con el dedo toda la superficie del riñón y se llega al pedículo. Durante esa maniobra la cápsula propia se rompe ó se secciona fácilmente en la parte superior hasta las costillas, mientras que su parte inferior, aunque separada del riñón, resiste estrechando el campo operatorio. Por eso es útil seccionar con las tijeras toda la parte de la cápsula que recubre la extremidad inferior del riñón.

Enucleación del riñón.—En la nefrectomía subcapsular hay siempre dificultad para hacer salir el riñón fuera de la herida, porque el pedículo es corto. Para enucleár la glándula es necesario coger con los dedos de la mano izquierda (si se opera en el riñón

derecho) su extremidad superior y con los de la mano derecha su extremidad inferior; inclinando un poco hacia adelante la extremidad inferior y tirando con las dos manos á la vez, se llega habitualmente á hacer salir el riñón de modo suficiente para que se pueda coger el pedículo entre el índice y el pulgar izquierdos ó entre los dedos índice y mediano de la misma mano.

Tomar el pedículo.—Cuando se tiene así cogido el pedículo, se sujeta entre las ramas de un clamp, que se pasa abierto de abajo arriba. En la mayoría de los casos no se puede ver cómo se coloca el clamp, que se guía más bien por el tacto que por la vista. En ciertos casos será necesario pasar el clamp sin que se haya podido sacar el riñón fuera de la herida. De todos modos, antes de cerrar la pinza es necesario estar seguro de que sus dos ramas pasan la una delante, la otra detrás del pedículo, y de que la extremidad de esas ramas llega más allá de su borde superior.



Para comprender las maniobras siguientes es necesario darse cuenta de la diferencia del pedículo que comprime la pinza en la nefrectomía extra-capsular y en la intra-capsular. En la nefrectomía extra-capsular, el clamp está colocado más allá del bacinete y no comprende entre sus ramas nada más que los vasos. En la nefrectomía subcapsular el pedículo está constituido más acá del bacinete, que se encuentra incluido en el clamp al mismo tiempo que los vasos; forzosamente tiene que ser así, puesto que la cápsula propia del riñón se termina al nivel de la inserción del bacinete en el hilio.

Como consecuencia de esa disposición anatómica, en toda nefrectomía subcapsular el pedículo tiene que ser corto y de difícil ligadura, y comprende el bacinete y los vasos renales. Muchos operadores dejan pinzas fijas, y en demasiados casos las fístulas post-operatorias son inevitables. Para evitar esos inconvenientes yo procedo de modo que, haciendo la nefrectomía subcapsular, puedo constituir un pedículo idéntico al de la nefrectomía extra-capsular:

Cuando ya he apretado fuertemente el clamp, atraigo con la mano izquierda la cara anterior del riñón, y á más de un centímetro por delante del clamp corto con las tijeras en pleno tejido renal para extirpar el órgano. Ya separado el riñón, se ve bien el muñón pedicular y el clamp curvo que lo aprieta. A un centímetro por fuera del clamp se atraviesa entonces de dentro afuera la cápsula propia y se rechaza hacia afuera esa cápsula, formando así un collar alrededor del clamp. A medida que avanza ese trabajo el pedículo se alarga, y cuando el collar está completo se puede rechazar hacia abajo el bacinete y el uréter para no comprenderlos en el pedículo. En realidad, como la cápsula ha sido completamente separada del pedículo resulta que éste se encuentra fuera de la cápsula, que es extra-capsular.

Ligadura del pedículo.—Siguiendo esa técnica se forma un pedículo bastante largo para poderlo ligar según mi procedimiento

ordinario: un primer hilo doble de catgut divide el pedículo en dos partes, superior é inferior; otra ligadura simple aprieta en masa el pedículo más cerca de la aorta.

Extirpación del muñón renal y del bacinete.—Más acá de las ligaduras, al nivel del borde convexo del clamp, se corta el muñón renal; se separan después el bacinete y el uréter, que se puede seguir en la parte inferior de la herida rasgando la parte correspondiente de la cápsula propia para ligarlo tan abajo como se quiera.

Resección de la cápsula propia.—Cuando se extirpa el riñón por debajo de su cápsula propia, queda una cavidad de paredes más ó menos rígidas tapizada por la cápsula adherente á los tejidos periféricos; esa cavidad no se llenará en lo sucesivo sino después de prolongada supuración, y muchas veces permitirá una fistula. Importa evitar esos inconvenientes resecaando la cápsula después de haber extirpado el riñón. Es fácil hacerlo en toda la porción subcostal; con los dedos y con las pinzas se tiran los pedazos de cápsula que se cortan con las tijeras. La porción de la cápsula oculta por las costillas puede extirparse fácilmente cuando no está muy adherente; en caso contrario más vale dejar pedazos de la cápsula que abrir la pleura.

Comprobar que no se ha dejado fragmentos del riñón en la herida.— Cuando hay íntimas adherencias entre ciertas partes de la cápsula propia y del parénquima friable del riñón, puede suceder que algunos fragmentos del tejido renal queden adherentes á la cápsula; esos fragmentos se esfacelarán después y retardarán la curación. Para evitarlo conviene examinar el riñón extirpado y comprobar que está intacto; si no lo está se extirparán los fragmentos adherentes del riñón con los dedos ó con una cureta.

Tiempos ulteriores de la operación.— Básteme decir que la variedad de nefrectomía que describo es aplicable á los casos difíciles de lesiones sépticas (tuberculosis, pionefrosis), y que por eso es conveniente no limitarse á la asepsia ordinaria, sino hacer antiseptia. Yo lavo ampliamente la herida con agua oxigenada, y aconsejo que—como en toda la cirugía renal—no se usen antisépticos tóxicos.

Drenaje—Cura.—En los casos de que hablo no se puede obtener la reunión por primera intención, y la curación resulta más larga cuando se cierra la herida que cuando se deja abierta; más vale resignarse en seguida á una reunión secundaria que verse obligado á descubrir la herida pocos días después de la operación. Bastará, pues, disminuir un poco la herida, que se dejará anchamente abierta, curándola con mechas de gasa esterilizada que se retirarán al día siguiente. Las otras curas se harán con agua oxigenada ó con nitrato de plata al 1 por 1.000, teniendo cuidado de obtener una buena reunión del fondo á la superficie.

*
* *

La nefrectomía subcapsular es en algunos casos un recurso operatorio de primer orden; gracias á ella se pueden extirpar rápida-

mente riñones tan coherentes y fijos que parece imposible la operación. La grave dificultad de la operación es la mala formación del pedículo, y como la práctica me enseña que con mi procedimiento se obvia ese grave inconveniente, he retenido vuestra atención por algunos instantes ambicionando que alguien encuentre en estas líneas más facilidad operatoria y que todos recuerden al compatriota ausente.

(Congr. Méd. de la Habana).

*
**

Efectos del fusil japonés.— Los informes que de la guerra ruso-japonesa llegan á nosotros están de acuerdo en que las heridas causadas por el fusil japonés son de curación fácil. Sabido es que el Japón posee un fusil de calibre reducidísimo (6^{mm},5), adoptado también por Italia, Rumanía, Suecia y Noruega. Este calibre parece que es el mínimum á que se puede llegar útilmente, por más que la marina norteamericana tiene el fusil Lee, de 6 mm, y los mejicanos de 5 mm.

Cuando se declaró la guerra en Extremo Oriente llegóse á dudar de la eficacia de esta arma japonesa. Podía temerse especialmente que, no obstante la excepcional tensión de la trayectoria, la bala no tuviera efecto suficiente para echar á tierra al hombre inmediatamente, dejándole seguir en la lucha hasta que se manifestaran los efectos de la herida.

Esta cuestión ha sido objeto de un estudio especial del General médico Kikuchi, realizado en vista de los heridos rusos. Las observaciones de este Médico son doblemente interesantes, porque justamente él estuvo encargado de un informe cuando se adoptó el nuevo fusil *Meiji*: «Entonces no podía basarse en experimentos de guerra, en hombres vivos, sino sólo en cadáveres ó en animales. Tales experimentos le hicieron admitir, sin embargo, que cada balazo, por poco que tocara en alguna parte vital del cuerpo, tenía que dejar al hombre fuera de combate, no obstante ser más elevado que antes el tanto por ciento de curaciones.

«Los resultados de la actual guerra — dice M. Kikuchi — no han hecho más que confirmar de manera evidente mis anteriores observaciones. Aparte de la enorme fuerza de penetración de nuestro proyectil, está probado que el efecto que produce en la persona herida es bastante para ponerle inmediatamente en imposibilidad de combatir, aunque las heridas no sean graves. Por el contrario, la sorprendente rapidez con que se curan las heridas debe considerarse como un gran bien de humanidad. Este resultado se debe, sobre todo, á que el proyectil, muy liso, penetra rápidamente sin producir grandes destrozos ó fracturas con desgarrar de las partes heridas».

Entre los prisioneros rusos observados se hallaban los heridos en los combates del Yalú: á los cuarenta días la mayoría era tal, que podían considerarse casi todos curados, y muchos salieron ya del hospital. Y, sin embargo, no pocos habían sido gravemente heridos. Uno de ellos, por ejemplo, había recibido un balazo que le atravesó un

pulmón, con derrame de cerca de un litro de sangre: este hombre fué dado de alta como curado. Otro recibió un peligroso balazo en el bajo vientre. Otro tuvo atravesados el brazo izquierdo, el pulmón de parte á parte, y el brazo derecho. Otro fué atravesado por la parte superior de ambas nalgas. Otros, en fin, recibieron heridas análogas. Y no solamente no murieron, sino que se curaron pronto.

«Si estas heridas de los rusos—añade M. Kikuchi—hubieran sido hechas con nuestro antiguo proyectil *Murata*, la curación habría sido dudosa y muy larga. Durante la guerra de China (1894-95), en la que nos servimos exclusivamente del fusil *Murata*, las heridas de esta naturaleza se enconaban y entonces estaba perdido el paciente. Hoy casi siempre son favorables los diagnósticos, pues no tenemos que temer graves complicaciones ulteriores, como no sea en proporciones ínfimas. Hasta podría afirmar que no obstante la rapidez con que la bala pasa á través del cuerpo, y no obstante la poca extensión de las heridas, el efecto en los heridos es mucho más rápido que el causado por nuestro antiguo fusil *Murata* (1). Según mis observaciones personales, basándome en mi experiencia de la guerra de China, y de la cual podría afirmar que la bala de *Murata*, de penetración lenta, no seccionaba netamente las venas y nervios que encontraba, los empujaba separándolos como tubos de caucho, dejando las venas intactas. No sucede así con el fusil *Meiji*, pues el proyectil de éste atraviesa todo cuanto se le pone delante y secciona siempre las venas, lo que ocasiona, naturalmente, gran pérdida de sangre y pone al herido fuera de combate. Entre los heridos rusos había muchos que tenían, no una, sino hasta siete heridas y aún más, lo que me hizo pensar al pronto si en algunos casos no habría quedado el herido fuera de combate desde su primera herida: esto habría dado razón á mis adversarios. Profundicé estos casos particulares, interrogué personalmente á los hombres que tenían más de una herida para saber cómo habían sido heridos. Mi investigación dió por resultado establecer que, con raras excepciones, los heridos habían caído á tierra desde el primer balazo. Con la extraordinaria tensión de la trayectoria de nuestro fusil, estos desgraciados que caían en la primera línea de combate y no eran recogidos por sus ambulancias sufrían nuevamente el fuego de nuestra infantería: según ellos, las balas japonesas barrían, por decirlo así, el suelo. Por espantosas que pudiesen parecer estas subsiguientes heridas, diré que quedé satisfecho con esta explicación, pues confirmaba mis primeras explicaciones.....»

Estas observaciones sobre los efectos de los fusiles de pequeño calibre se completarian útilmente con los informes acerca de las heridas causadas por los proyectiles japoneses, y en especial por los obuses con explosivos poderosos. Desgraciadamente, la marina ha logrado, hasta hoy, conservar el secreto sobre la naturaleza de los proyectiles empleados, especialmente en el combate de Tchemulpo.

(1) El fusil *Murata* era una copia bastante exacta del fusil *Gras*.

Algunas personas competentes que vieron á rusos heridos en Tchempulpo entienden que los japoneses no han empleado más que shrapnels, mientras que en el Japon la creencia general es que se trata de obuses cargados con un explosivo poderoso que estalla en mil pedazos lo mismo que los shrapnels. Por lo demás, hay un hecho cierto, y es que los marinos rusos estaban completamente acibillados de heridas y que de algunos de ellos se han extraído más de cien pedacillos metálicos.

La *Revue d'Artilleria* dice que seguramente los japoneses tienen en su pólvora el poderoso explosivo llamado «Shimosis». Dícese que este explosivo es exactamente el mismo empleado por el ejército alemán..... Para los japoneses—y desde el punto de vista militar—lo esencial es tener una pólvora superior, armas notables y soldados que saben manejar todo esto mucho mejor que los rusos utilizan sus recursos análogos.

(*La Esc. de Med. de Méjico.*)

* * *

Sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar febril mediante el piramidón.—No es posible enviar á los sanatorios á todos los tuberculosos. Precisamente los más graves, con estado febril, han de ser cuidados en sus domicilios ó en los hospitales, de los cuales, sin embargo, se les excluye muy á menudo.

En los modernos sanatorios se logra mucho, gracias al cuidado esmerado y á la cura del aire libre. Los pacientes adquieren fuerzas, ganan peso y ven desaparecer lentamente la fiebre que les aquejaba al empezar el tratamiento.

Queda, sin embargo, muchas veces una fiebre remitente más ó menos alta. Todos los Médicos que han tenido que tratar enfermos de esta clase se han visto obligados, á pesar suyo, á renunciar á combatir esta fiebre. Los numerosos antipiréticos conocidos son impotentes para dominar este estado febril, originado por el proceso morbosos del pulmón.

Robert fué el primero que, en el Congreso internacional contra la tuberculosis, en 1899, recomendó el piramidón para combatir la fiebre de los tuberculosos pulmonares.

El Dr. *A. Schuls*, autor del artículo que extractamos, confiesa que empezó con gran desconfianza á ensayar dicho medicamento; el éxito obtenido le animó á continuar, y hoy cree haber demostrado, por la experiencia de varios años, su eficacia.

Al llegar á la clínica un tuberculoso con fiebre más ó menos alta, se le obliga primeramente á guardar cama, con lo cual se logra generalmente que en pocos días cese la fiebre. Cuando después de cinco ó seis días no se ha logrado hacerla desaparecer, se dan después de la comida 30 centigramos de piramidón disueltos en medio vaso de agua, que el paciente toma á sorbitos.

En muchos casos queda el enfermo sin fiebre ya desde el primer día; á veces tarda dos ó tres. Después de dos ó tres días de estar el

paciente apirético se puede suspender el medicamento; de vez en cuando alguno tiene en seguida un acceso de fiebre; entonces hay que volver á administrar piramidón como antes. Es mejor no suprimir de golpe la medicación, sino continuar algunos días dando la mitad de la dosis.

Cuando no basté la cantidad indicada de piramidón, habrá que prescribir 50 centigramos hasta desaparecer la fiebre, luego algunos días 15 centigramos, más tarde 10 centigramos, hasta suspenderlo del todo.

Cuando la temperatura más alta es la de la mañana, hay que hacer tomar el medicamento á la madrugada.

El Dr. Schulz no ha observado efectos del piramidón sobre el sistema nervioso. Únicamente después de un uso muy continuado del medicamento emitían algunos enfermos orinas cuyo aspecto hacía pensar en la Hematoponfirinuria. En un solo enfermo se observó que, después de haber tomado piramidón mucho tiempo, cada nueva dosis le producía una urticaria.

También algunos enfermos se quejaron de copiosos sudores, que se remediaron sin más que dar en vez de piramidón subcanforato á dosis proporcionalmente más alta.

Á pesar de estos casos, por otra parte muy raros, el Dr. Schulz recomienda calurosamente el piramidón á todos los Médicos que se ocupan del tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

(*Zeitschrift f. Krankenpflege*).

* * *

Ataxia cerebelosa.—El Dr. *Valle y Aldabalde*: Los interesantes casos presentados por el Dr. Fernández Sanz me dan pie para referir á mi vez la historia de otro de ataxia cerebelosa que he tenido ocasión de observar hace pocas semanas en mis salas del hospital, ya que se trata de una dolencia que tiene mucha afinidad con la enfermedad de Friedreich.

Se trataba de un joven de veintitantos años, campesino, de la provincia de Segovia, sin antecedentes personales ni de familia sífilíticos, alcohólicos ni tuberculosos. Respecto á los neuropáticos, tanto él como su familia, que le acompañó á esta Corte, solo referían que la madre padece de ataques nerviosos, al parecer histéricos.

La enfermedad de mi historiado se manifestó á los diez y nueve años proximamente, bajo la forma de torpeza al andar, y al proceder al examen actual ví, en efecto, que la marcha era vacilante, en ziz-zás, pero posible sin necesidad de apoyo. La bipedestación también era algo dificultosa, necesitando el enfermo separar los pies para no caer.

Observé además diplopia cuando el enfermo miraba hacia la izquierda, presentándose entonces un ligero nistagmus en el ojo izquierdo, que no podía seguir entonces al derecho á causa de una paresia del recto externo. En cambio se presentaban normales al campo visual la agudeza visual y el reflejo pupilar.

La palabra era un poco torpe, revelándose esta torpeza en cierta lentitud de expresión, mas sin repetir ni equivocarse en ya palabras, pero ni siquiera sílabas. La inteligencia presentaba el grado de desarrollo propio de la edad y cultura del sujeto, y la familia no había observado que la aparición de la enfermedad hubiese coincidido con ninguna alteración en la esfera psíquica.

Estaban muy exaltados los reflejos tendinosos en las extremidades inferiores; pero la marcha no tenía nada de parésica y no había ataxia espinal, puesto que, echado el enfermo en la cama, era capaz de mover dichas extremidades con la misma prontitud y destreza que un individuo sano.

La edad en que se desarrolló la afección, más avanzada que aquella en que se inicia la enfermedad de Friedreich, y que concuerda al menos con el límite mínimo de aparición de la heredo-ataxia cerebelosa; los caracteres de la bipedestación y de la marcha; la falta de ataxia espinal, de escoliosis y de pie zambo; la existencia de perturbaciones visuales y en la palabra, aunque ligeras, sin duda por hallarse la enfermedad en su principio; la exaltación de los reflejos tendinosos, que contrasta con su debilitación ó falta en la enfermedad de Friedreich, son caracteres que caracterizan bastante bien la inclusión de este caso en el tipo de la ataxia cerebelosa.

Sin embargo, le falta el carácter hereditario, ó por lo menos familiar, hecho no insólito, pero sí muy excepcional.

En cambio, resulta bastante típico el cuadro, más quizá que el de muchos casos de ataxia de Friedreich, lo cual se comprende, dado que el cuadro de esta afección aún aparece algo borroso en las descripciones de los autores, sucediendo lo mismo con su anatomía patológica.

En algunos casos de ataxia cerebelosa se ha observado la inversa del signo de Romberg, ó sea la disminución del titubeo al cerrar los ojos, sin duda porque en este momento desaparece el efecto perturbador del nistagmus, que contribuye en parte á la vacilación cuando el individuo tiene los ojos abiertos.

Siento no haber podido presentar el caso á la Academia; pero habiendo manifestado con demasiada sinceridad al enfermo la inutilidad de la terapéutica en estas afecciones, tan interesantes en el concepto científico como poco lucidas en el práctico, los parientes acordaron llevárselo de nuevo á su pueblo natal.

El Dr. *Salus Vaca* ha visto uno de los enfermos presentados por el Dr. F. Sanz, diagnosticándolo, como él, de enfermedad de Friedreich. Esta es una enfermedad cuyo estudio no está perfectamente terminado. Dice que hace muchos años Hammond describió una sintomatología en las degeneraciones de los cordones de Goll, que después ha venido á incluirse en la de la enfermedad que hoy discutimos. Respecto á la etiología, cuando la causa predisponente es una alteración embrionaria, la enfermedad no aparece hasta que entran en función las partes afectadas ó hasta que una causa eficiente las hace aparecer. Cuanto á la anatomía patológica, nada se ha adelan-

tado desde que Friedreich describió esta enfermedad hasta hoy día, en que las variaciones son producto de la distinta interpretación que se quiera dar. Cree que efectivamente hay gran diferencia entre este proceso, la tabes y la esclerosis.

El Dr. *Fernández Sanz* es partidario de incluir en el grupo *ataxia hereditaria* la enfermedad de Friedreich y la ataxia cerebelosa. El caso del Dr. Valle demuestra algunas diferencias entre ambas, pero lo principal es el estado de los reflejos, que están abolidos en la enfermedad de Friedreich; en esta enfermedad el estado mental es normal, mientras que en las enfermedades cerebelosas está algo alterado, pues existe una lentitud en la ideación. Los enfermos de Friedreich no pierden la fuerza muscular.

Cree que la enfermedad de que trata ahora no tiene una sintomatología incierta, como lo es su anatomía patológica, pues él ha podido hacer un diagnóstico directo en sus cuatro casos, como lo había hecho ya en otros observados anteriormente. Los datos que proporciona la anatomía también pueden servir de mucho en el esclarecimiento del diagnóstico, aun en aquellos casos en que la proliferación neuróglia tan rápidamente se produce que origina una forma especial de esclerosis. En algunos casos el cuadro sintomático sufre ciertas modificaciones, y á propósito de esto cita un caso de un niño que comenzó con síntomas de ataxia cerebelosa y al cabo de un año resultó enfermedad de Friedreich.

En casi todos los casos se aprecia la influencia hereditaria y familiar. Respecto á la opinión del Dr. Salas, dice que no cree que sea ésta la enfermedad medular peor estudiada; al contrario, sus caracteres son bastante precisos; lo que ocurre es que se desconoce su último *ratio*, como acontece en otras muchas enfermedades.

Cree que del tratamiento no se pueden esperar curaciones; únicamente servirá de algo el tratamiento sintomático, especialmente la reeducación de los movimientos, que según los estudios de Fränkel suele dar buenos resultados.

(*Acad. Méd.-Quir. Española*).

*
**

Obstrucción litiasica del colédoco. — El Dr. *Luis y Yagüe*: Una mujer que presenta, de treinta años, padeció hace seis tifoidea, y hace un mes catarro, expulsando una vez sangre por la boca al toser. Hace cuatro años tiene á temporadas dolores en el lado derecho de la espalda, y recientemente lo padeció muy fuerte en el hipocondrio derecho, con el cuadro de ictericia por obstrucción: la vesícula biliar era grande, dolorosa; la fiebre continua, sin sudoración, y el síndrome icterico completo. Llevaba así once días cuando la vió, tratándola con purgantes salinos á pequeñas dosis, irrigaciones intestinales altas, aceite y aguas alcalinas; empezando á los pocos días á colorearse las heces, y curando. Quedó la vesícula apreciable al tacto. En este caso no hay dudas diagnósticas; podrá discutirse la patogenia ó el microbio que produce la infección biliar, pero

nada más; es litíásica, con cólico y oclusión colédoca, que cedió por medios médicos después de veintiún días. ¿Qué se ha de hacer con lo que queda? Crec que debe esperarse, aprovechando la enseñanza que ella misma ha dado, curando con el tratamiento médico clásico, tan eficaz como otros muchos, mientras la mala fe no los discuta; acaso haya de intervenirse si ocurren complicaciones.

El Dr. *Goyanes*: Es interesante el caso por tratarse de una enferma curada de un cólico hepático, pero no de su litiasis; en este proceso se trata de un cuerpo extraño en el organismo, y el tratamiento del porvenir y el actual es el quirúrgico; los accidentes de la colelitiasis curan médica ó espontáneamente; pero para que desaparezca el cuerpo extraño la cirugía invade el campo de la colelitiasis. Si los Cirujanos sólo intervienen los casos graves, pocas veces podrán intervenir; ha visto un enfermo con cólicos, perforación de la vejiga biliar y peritonitis, que por no haberse intervenido antes no se pudo operar. La litiasis puede producir infecciones, estrecheces, etc., y la operación es un buen medio profiláctico. Interesa relacionar la tifoidea con los cálculos, por la posible infección de las vías biliares; á más edad, la litiasis se padece y tolera mucho; pero á la de esta enferma acaso la intervención produjese beneficios. La litiasis, según Naunyn, es afección local de la vesícula; se debe á un proceso infectivo que determina núcleos sobre los que se forman los cálculos, y como puede extirparse la vesícula sin ningún perjuicio, se cura radicalmente la afección. El drenaje del conducto hepático (Kehr) produce la curación del proceso inflamatorio. En la vesícula biliar de la enferma no existe crepitación, pero su forma irregular indica que en su interior existen cálculos. Cree, en resumen, el caso en absoluto del dominio quirúrgico.

El Dr. *Barragán*: Se debe ser oportunista. Tanto curan los Médicos el proceso colelitíásico como el peritonítico de que antes se habló. Si el cólico repite, deberá operarse cuando se calme. Si la colelitiasis no cede, deberá operarse por un Cirujano de valía.

El Dr. *González Campo*: En este caso hay dos asuntos: uno, el referente á la obstrucción calculosa del colédoco; otro, el que concierne al estado actual de la vesícula biliar. Los síntomas que la enferma presentaba cuando la vió por primera vez el Dr. Yagüe, indicaban el enclavamiento de un cálculo en aquel conducto, aunque en muchas ocasiones enclavado no determina cólicos por tolerancia del órgano que lo contiene, ni ictericia por incompletéz de la oclusión. Probablemente el cálculo estaría detenido en la parte supraduodenal del colédoco, lugar en que esto ocurre más frecuentemente, pero no puede precisarse. Nada tiene de extraño que cediera espontánea ó médicamente la oclusión, pues esto, como todos los Médicos saben, es lo que ocurre más frecuentemente, y no debe extrañarse de ello el Dr. Yagüe si recuerda que, según Dieulafoy, puede curar la obliteración de varios meses, no sólo la de veintiún días como la de la enferma en cuestión, aunque en aquel caso añada este clínico que es imprudente esperar. Naunyn, citado por el Doctor

Goyanes, dice que se debe operar la oclusión del colédoco crónica permanente que lleve un año de fecha, y Kehr, citado también por el mismo Doctor, cree que se opera á la que dure más de tres meses, y sólo se ha de intervenir antes si el enfermo enflaquece ó tiene constante fiebre. De suerte que para ninguno de estos autores debe operarse la que lleve tan poco tiempo.

El segundo punto es el de la vesícula palpable, no crepitante, pero desigual, revelando la repleción calculosa, y aquí también está en desacuerdo con el Dr. Yagüe, pues si la enferma hubiese sido vista por él en el mismo momento de comprobar este extremo la hubiese recomendado la intervención operatoria, por creer que esa vesícula es un manantial de peligros para el porvenir, que pueden y deben evitarse, y conocer la opinión de Naunyn, expuesta por el Dr. Goyanes, de que la litiasis siempre es vesicular, en favor de la cual atraen los experimentos y razones del citado autor, aunque todavía no se decida á aceptarla en absoluto.

El Dr. *L. y Yagüe*: Dos puntos de conducta de los dos Cirujanos que han intervenido son diametralmente opuestos, y cree que el Dr. Goyanes rectificará con el tiempo su pensar, pues tiene del asunto un juicio incompleto, equivocado, por insuficiencia de información científica. Quisiera conocer número bastante de operados curados definitivamente después de algún tiempo, pues si reaparecen los cálculos existen los peligros quirúrgicos sin sus ventajas. Ha presentado la enferma tratada, no curada; pero tampoco da curaciones lá Cirugía. No es la litiasis un proceso local vesicular; en esto predominará la doctrina humoral; no basta el núcleo, hacen falta condiciones especiales del líquido biliar; existen formaciones de cálculos en los conductos hepáticos; la litiasis vesicular es siempre secundaria á la hepática. Cuando vió á la enferma, el tumor cístico era mayor que actualmente, había obstrucción del colédoco, que ahora está permeable, y no cree que se deba intervenir, ya que la paciente está bien con su proceso, mientras no haya complicaciones.

(*Acad. Méd.-Quirúrg. Española*).

*
* *

Rotura traumática de las válvulas aórticas.—El Dr. Scheel describe un caso de rotura de las válvulas de la aorta, referente á un obrero de cuarenta y cuatro años que siempre disfrutó de buena salud, no habiendo padecido ni de reumatismo ni de sífilis. Hacía catorce días recibió sobre el pecho el peso de 200 libras de tubo de plomo, y después que se repuso un poco pudo seguir trabajando, pero á los pocos días tuvo que suspender el trabajo porque empezó á sentir dolores en el pecho, disnea y palpitaciones, y como estas molestias fuesen aumentando, guardó cama. A su entrada en el hospital se le apreció un ruido diastólico en el foco aórtico, que se propagaba hacia afuera de éste. Existía gran disnea, cianosis, dolores

torácicos y temperatura de 38 á 39°. La dilatación cardíaca aumentaba, y después de catorce días de permanencia en el hospital murió. La autopsia puso de manifiesto la existencia de una endocarditis fibrosa antigua de las válvulas aórticas, acompañada de estenosis é insuficiencia de las mismas, hipertrofia del ventrículo izquierdo y rasgadura incompleta de dos válvulas aórticas, que á su vez padecían aortitis, limitada á las partes rasgadas. Cree el autor que la rotura existió como consecuencia del trauma, y la endocarditis de las últimas tuvo lugar por infección secundaria; si la endocarditis primaria y la rotura de las válvulas hubieran sido el resultado de un proceso necrótico de éstas, habría que admitir que la propagación de la enfermedad hubiera sido mucho mayor.

(*Münch. Medez. Wochenschrift*).

SECCION PROFESIONAL

SERVICIOS SANITARIOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Suprimida la Junta económica superior de Sanidad Militar por Real orden de 9 de Diciembre último (*C. L.* núm. 242), que entendía en el examen de las cuentas que rinden las farmacias militares y Laboratorio Central relativas á los servicios especiales de ventas de medicamentos y en cuantos asuntos se derivan ó relacionan con dichos servicios, con cuyo concurso resolvía el Jefe de la Sección de Sanidad Militar de este Ministerio; dispuesto por el artículo 6.º del Real decreto de igual fecha (*C. L.* núm. 240) que los Jefes de Sección no tengan facultades inspectoras, cesando en las funciones que en tal concepto venían desempeñando, y considerando de indispensable y urgente necesidad adoptar resolución acerca de aquellos extremos, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer:

1.º Los Inspectores Jefes de Sanidad Militar de las Regiones, Capitanías generales, Gobiernos militares y Director del Laboratorio Central, remitirán directamente al Presidente de la Junta facultativa de Sanidad las cuentas que rinden las farmacias militares y el expresado Laboratorio relativas á los servicios especiales de venta de medicamentos, tramitándose por las mismas autoridades las incidencias que se originen.

2.º Para el examen, informe y aprobación de las mencionadas cuen-

tas y entender única y exclusivamente en cuantos asuntos se deriven ó relacionen con estos servicios, se agregarán á la citada Junta facultativa, en comisión, un Subinspector farmacéutico de primera, un Farmacéutico mayor, dos Farmacéuticos primeros, un Comisario de guerra de segunda y un Oficial primero de Administración Militar.

3.º A fin de no gravar en concepto alguno el presupuesto, el indicado personal habrá de ser de las clases de excedentes de plantillas, percibiendo las diferencias de sueldo de las respectivas situaciones, hasta el completo de activo, y la gratificación anexa al empleo del referido Subinspector, con cargo al fondo de beneficios por venta de medicamentos.

4.º Al extinguirse la excedencia en las categorías respectivas de este personal, se determinará de manera definitiva el modo de proveer las vacantes que se produzcan.

5.º Una vez que hayan sido aprobadas las cuentas de cada mes, el Presidente de la Junta lo participará á este Ministerio, con remisión de las mismas, para conocimiento y archivo.

6.º El Jefe de la Sección de Sanidad Militar de este Ministerio, conforme determina la regla 4.ª de la Real orden de 15 de Diciembre del año último (C. L. núm. 253), y previo informe de la citada Junta facultativa del Cuerpo así constituida, resolverá cuanto se refiera á la inversión ó aplicación de los beneficios que producen los servicios especiales de venta de medicamentos.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 9 de Marzo de 1905.—Martí-tegui.—Señor.....»

*
**

RETIROS

«Circular.—Excmo. Sr.: La Real orden circular de 14 de Enero del año último (C. L. núm. 16), dictada para cumplimiento de la Ley de 13 del mismo mes y año (C. L. núm. 15), por la que se dispuso que el Consejo Supremo de Guerra y Marina entendiera en lo sucesivo en la resolución de los expedientes de retiros y pensiones de los individuos del Ejército y de la Armada y sus familias, preceptuó en su regla 2.ª que las propuestas de retiro por edad se formulen dos meses antes de la fecha en que hayan de expedirse aquéllos, cursándolas directamente á dicho alto Cuerpo las autoridades y los Jefes de dependencias á quienes corresponda, acompañadas de las respectivas hojas de servicios ó filiaciones y demás documentos necesarios. Siendo de la mayor importancia evitar los perjuicios que la demora en el curso de las expresadas propuestas ocasiona-

na y la perturbación en la contabilidad y retraso en los ascensos por no poder cubrirse á su debido tiempo las vacantes producidas por el referido concepto, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien ordenar la estricta observancia de cuanto se previno en la soberana resolución que se cita, así como de lo dispuesto en el párrafo 3.º de la Real orden circular de 24 de Enero de 1887 (C. L. núm. 48), para averiguar el origen del retraso cuando alguna propuesta de retiro no se formalizara en tiempo oportuno y exigir la responsabilidad á que haya lugar.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 18 de Marzo de 1905.—Martitegui.—Señor.....»

*
* *

JUSTICIA

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de la comunicación que el Director general de la Guardia Civil dirigió á este Ministerio en 7 de Septiembre último, solicitando recayera resolución de carácter general referente á la estampación de notas originadas por consecuencia de procedimiento escrito, el Rey (Q. D. G.), de conformidad con el acuerdo del Consejo Supremo de Guerra y Marina, se ha servido dictar las disposiciones siguientes:

1.ª Las notas que con arreglo al artículo 728 del Código de Justicia militar deben estamparse en las hojas de servicios de los Oficiales y en las filiaciones de los individuos y clases de tropa, son: 1.ª Las originadas por pena impuesta por delito perseguido en causa criminal. 2.ª Las correspondientes á corrección impuesta por falta grave en expediente judicial, con arreglo á los artículos 310 y 700 del Código de Justicia militar. 3.ª La referente á separación del servicio ó á corrección por falta grave en expediente gubernativo. Y 4.ª La correspondiente á reincidencia en la misma falta leve ó en el mismo vicio, bien definidas una y otro con su nombre propio y específico para no confundir vicios distintos ni faltas diversas, que la Ley no considera ser unos mismos aun cuando sean de parecida ó análoga naturaleza.

2.ª Las notas que deben estamparse en las hojas de hechos y de castigos, respectivamente, aunque se haya seguido contra los interesados procedimiento escrito, son: 1.ª Las originadas por correcciones que con arreglo á la Ley corresponden á faltas leves. 2.ª Las que proceden de juicios de faltas ante las autoridades civiles, judiciales ó administrativas. Y 3.ª Las que se refieren á correcciones que no figuran en el Código

de Justicia militar y sean reglamentarias en Institutos especiales, y todas las demás que no estén expresamente comprendidas en la primera de estas disposiciones.

3.^a En armonía con lo establecido en las dos disposiciones anteriores, se rectificarán las hojas de servicios y de hechos y las filiaciones y hojas de castigos que no se ajusten á lo que actualmente se previene, debiendo respetarse los efectos producidos hasta hoy por faltas cometidas con anterioridad á la fecha de esta resolución.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 23 de Marzo de 1905.—Martitegui.—Señor.....»

* * *

RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Por el Ministerio de Hacienda, en Real orden de 15 del corriente mes, se dijo á este de la Guerra lo siguiente:

«Vista la Real orden de 27 de Febrero próximo pasado, comunicada por ese Ministerio de su digno cargo, reiterando la de 5 de Junio de 1902, en la que se propone la modificación de los artículos 45 y 46 del vigente Reglamento de la Dirección general de Clases pasivas, en el sentido de que los Médicos militares que hayan de practicar los reconocimientos de funcionarios civiles que solicitan jubilación por imposibilidad física notoria sean nombrados únicamente por la autoridad militar, á fin de evitar que las autoridades civiles designen á quienes por razón de otros servicios ó especiales circunstancias resulten incompatibles; y teniendo en cuenta que los mencionados artículos no impiden la designación de Médicos militares en la forma propuesta, pues hasta la fecha ese es el procedimiento constantemente observado por la Dirección general del ramo, que deberá servir de norma á los Delegados de Hacienda, encargados en las provincias de practicar tal servicio, S. M. el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver que se dirija una circular á los Sres. Delegados de Hacienda para que en lo sucesivo observen el procedimiento de la Dirección general de la Deuda y Clases pasivas, interesando de la autoridad militar la designación de los Médicos militares que hayan de practicar los reconocimientos á los empleados civiles que soliciten jubilación por imposibilidad física».

De Real orden lo traslado á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 30 de Marzo de 1905.—Martitegui.—Señor.....»

* * *

HOJAS DE SERVICIOS

«Excmo. Sr.: Siendo conveniente que las hojas de servicios del personal médico destinado para la asistencia en los organismos dependientes de la Administración Central radiquen en la Inspección de Sanidad Militar de ese Cuerpo de ejército, por haber cesado las facultades inspectoras que desempeñaban los Jefes de Sección de este Ministerio, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien resolver que la redacción y conceptuación de las hojas de servicios de los Jefes y Oficiales de Sanidad Militar destinados para asistencia facultativa en el Consejo Supremo de Guerra y Marina, Comandancia general de Alabarderos, Direcciones generales de Guardia Civil y de Carabineros, Comandancia general de Inválidos, Vicariato general castrense y Ordenación de pagos, estén á cargo del Inspector de Sanidad del primer Cuerpo de ejército.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 30 de Marzo de 1905.— Martíguei.—Sr. General del primer Cuerpo de ejército».

VARIEDADES

PÉRDIDAS RUSAS.—Actualmente existen ya datos oficiales referentes á las pérdidas sufridas por los rusos durante los catorce meses de campaña en la guerra de Oriente. El *Rassve* publica los siguientes detalles, tomados de los centros oficiales:

	Bajas.
En el Cha.....	45.000 hombres.
En Puerto Arturo y Sinkechen....	45.000 »
En Liaoyang.....	25.000 »
En Keigutai.....	13.000 »
En Wafangou.....	4.000 »
En caminos y marchas.....	2.600 »
En Turentchen.....	2.400 »
En pequeños combates.....	3.200 »
En combates navales.....	9.800 »
En Sandepu.....	10.000 »
En Mukden, aproximadamente....	175.000 »
Bajas aproximadas por enfermos..	94.000 »
<i>Total aproximado.....</i>	<i>429.000 »</i>