

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 15 de Enero de 1912.

Núm. 2.

SUMARIO

Algunas observaciones de obstrucción nasal, por el Dr. A. Ramírez Santaló.—Un caso de histerismo coreiforme curado por la sugestión hipnótica (conclusión), por el Dr. Julio Camino Galicia.—Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.—Necrología: D. Emilio Martínez Oppelt.—Variedades.—Prensa médico-farmacéutica: Contribución al estudio de la oftalmía de las nieves.—Nuevas hipótesis etiológicas de la pelagra.—El bacilo de Hansen en el moco nasal de los leprosos.—La magnesia calcinada en el tratamiento de los papilomas difusos de la laringe del niño.—De la colestotomía en la litiasis y las infecciones biliares.—El diagnóstico de la viruela.—De los efectos sobre la sangre de la narcosis clorofórmica por vía venosa.—Prensa militar profesional: La albúminorreacción en las afecciones pulmonares del soldado.—Estadística del Ejército bávaro en 1907-908.—Bajas en la guerra ruso-japonesa.—Dotación en personal y material de las formaciones sanitarias en la línea de fuego en el Ejército francés, según el nuevo reglamento.—Sección oficial.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

ALGUNAS OBSERVACIONES DE OBSTRUCCIÓN NASAL

Para señalar las graves alteraciones que una respiración nasal insuficiente produce en el organismo, nos sería necesario un espacio de que no disponemos; pero, dada la gran importancia de este punto, nos proponemos tratarlo en forma adecuada y con la extensión que merece, debiendo hacer constar, ya que ello rectifica ideas por muchos admitidas, que las alteraciones que ocasiona la obstrucción nasal unilateral, tanto locales como respiratorias y generales, no pueden ser evitadas por una amplitud compensadora de la fosa nasal opuesta; y que nuestra conducta, en lo tanto, frente á un caso de ese género, debe ser la de restablecer la permeabilidad de ambos lados, creyendo sería de verdadera utilidad encabezar todos los tratados de cirugía nasal, señalando como indicación urgente la de corregir por todos los medios la insuficiencia respiratoria de dicho órgano, cualquiera que sea el grado que afecte.

La observación que voy á referir, es muy interesante para nos-

otros, los Médicos militares (1), por ser el primer enfermo propuesto por inútil, y como tal, declarado por el Tribunal Médico-militar de esta Región, por padecer «Obstrucción completa de ambas fosas nasales». J. A. ingresó en mi Clínica del Hospital Militar de Carabanchel, por aquejar una afección de la nariz. Al examinarle, observo la falta absoluta de respiración nasal, por existir un tejido fibroso que ocluía ambos vestíbulos; los orificios posteriores no ofrecen alteración.

El relato del enfermo permitía suponer que su enfermedad era congénita, manifestándose haber sido operado en dos ocasiones. El trastorno culminante que las referidas lesiones le producían, afectaba á la voz, que era apagada, sin brillo, á cuya modificación llama *Meyer* voz muerta, y *Kussmaul* rinolalia cerrada.

Le indiqué era precisa una intervención, que no aceptó, y su negativa me decidió á proponerlo por inútil.

La segunda observación que voy á referir es la de D. J. S., Capitán de Artillería, que me manifiesta ser de toda su vida la dificultad de respirar por la nariz, hecho al que no ha concedido importancia hasta que una disminución notable en la audición de ambos oídos le decide á consultarme. Existe una hipertrofia blanda considerable de los cornetes inferiores de ambos lados y de ambas caras del tabique en su parte anterior, con abundante supuración por ambas fosas nasales. La faringe nasal presenta igual alteración de volumen, de la que participan ambas trompas. Los tímpanos fuertemente retraídos, y la audición reducida á un cuarto. Un tratamiento local nos condujo al restablecimiento amplio de la permeabilidad de aquéllas, y tan pronto como nos fué posible comenzamos la ventilación de la caja por el cateterismo, alcanzando un resultado completamente satisfactorio.

Observación tercera. Igual categoría tiene el enfermo de esta observación, D. M. M., que jamás tuvo molestia alguna en la nariz.

(1) Creemos que el examen de la respiración nasal debería realizarse en los reclutas al incorporarse á filas. De cuantos procederes y aparatos se recomiendan, *Sandmann*, *Kayser*, rinómetro de *Escat* y de *Jacobson*, rinomanómetro del último autor, atmorinómetro de *Robert-Foy* y placa de *Glatzel*, es este último el más práctico, y proponemos se consigne el grado de permeabilidad de ambas fosas nasales por medio de un quebrado, cuyo nominador exprese la amplitud antero-posterior de la mancha de vapor de agua, y el denominador la transversa. Para ello creemos conveniente numerar los arcos de que consta la placa y adicionar, también numeradas, líneas antero-posteriores que señalen la anchura de la huella, modificación que, aunque insignificante, es de importancia para expresar con cifras el grado de aquélla y conocer en todo momento el resultado del examen.

hasta hace tres ó cuatro meses que comenzó á notar algún estorbo, que fué aumentando progresivamente hasta imposibilitarle, en la actualidad, de toda respiración por aquel órgano, á la vez, que le impide un sueño tranquilo y le produce intensos ataques de faringitis; aqueja, además, supuración abundante y tiene dolores espontáneos en la frente, en el sitio que corresponde á los senos, dolores que se acentúan á la presión y percusión de esta parte. La transparencia de los senos es normal. Nos manifiesta dicho señor ser sífilítico, de cuya naturaleza, y correspondiendo al terciarismo, son las lesiones que padece, por su marcha y demás caracteres. Ambas fosas nasales están ocluidas por hipertrofia ósea de los cornetes inferiores de los dos lados; existe una cresta considerable en el lado derecho, y el tacto nasofaríngeo, ya que no es posible la rinoscopia posterior, nos evidencia la hipertrofia de la cola de aquéllos. Como dato de algún interés, señalaremos el de que por error, y durante uno de los tratamientos mercuriales á que estuvo sometido, le practicaron una inyección de una cantidad considerable de sal mercurial insoluble, que le ocasionó una grave intoxicación, pero sin mejorar en nada las lesiones, que tampoco se modificaron con la medicación iodurada.

Después de un largo tratamiento, en el que separé la cresta, estirpé las colas de los cornetes y resequé éstos, quedó en perfecto estado, que se mantiene mucho tiempo después.

Observación cuarta. E. G., soldado de Sanidad Militar, tiene una desviación del tabique nasal de forma sigmoidea, con abombamiento tan acentuado en la fosa nasal izquierda, que imposibilita la entrada del aire, que también es difícil por el lado opuesto. La resección submucosa, seguida de perforación permanente, le proporcionó una respiración suficiente por ambos lados.

Observación quinta. Más importante que las expuestas es la observación que voy á relatar, tanto por la edad del enfermo (sesenta años), como por los graves trastornos respiratorios, en forma de accesos asmáticos, que le acarrearón sus lesiones nasales, y las dificultades que ofreció el tratamiento. D. E. B., natural de Andújar, se presenta en mi consulta por la obstrucción nasal que padece; al examinarlo, encuentro ambas fosas nasales rellenas por mixomas. Intento, sin resultado, la rinoscopia posterior. Al día siguiente, y con el asa, logro la extracción de cinco pólipos grandes de la fosa nasal izquierda, que tenían su inserción en el meato medio,

siéndome posible realizar una inspección completa de este lado, en el que observé una cresta en la parte posterior del tabique, que llegaba al cornete inferior, y explicaba la deficiente respiración que por esta fosa tuvo siempre el enfermo, al que expuse la necesidad de suprimir el nuevo obstáculo para corregir aquel defecto. Escasez de tiempo no le permitía someterse á mis indicaciones, conformándose con lo alcanzado y con la permeabilidad que esperaba lograr en la otra fosa, que desembaracé al día siguiente de mayor número de pólipos, consiguiendo una respiración amplia. Hice rinoscopia posterior, y observé un pólipo que ocupaba la mayor parte del orificio posterior de la fosa izquierda, y que, á modo de válvula, la ocluía durante la espiración. La imposibilidad en que estaba el enfermo de continuar un día más en Madrid, me obligó á intentar en el acto la extirpación del neoplasma, sin lograrlo, ya que no existía más espacio que el estrecho túnel formado por el meato inferior, que si permitía la entrada del asa, impedía su elevación para alcanzarlo; por idéntica razón tampoco logré su extirpación, después de guiar el asa y rodear el tumor con el dedo índice izquierdo introducido en la faringe, por deslizamiento de aquélla, y este nuevo fracaso me decidió á suprimir la cresta con la gubia, y una vez abierto camino, la extracción del neoplasma fué sencilla, alcanzando una amplitud respiratoria por este lado que nunca había tenido.

Si he referido paso á paso lo ocurrido en el tratamiento de este enfermo, ha sido para demostrar la gran importancia que concedo á la respiración nasal, que decidí restablecer, no dudando, para lograrlo, en prescindir de preceptos cuya infracción puede acarrear algún contratiempo.

Hemos escogido historias clínicas en que la obstrucción nasal reconoce causas diversas, sin que ello signifique quedan mencionadas cuantas pueden originar tan grave trastorno, omitiendo, por ser de observación diaria, las vegetaciones adenoideas y tampoco se manifiesta por una sintomatología única, por cuya razón precisa hacer un examen detenido de las fosas nasales en todo enfermo que ofrezca alguna de las alteraciones por que se revela aquella lesión, para poder determinar si existe en dicho órgano la causa de las mismas.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

UN CASO DE HISTERISMO COREIFORME

CURADO POR LA SUGESTIÓN HIPNÓTICA

(CONCLUSIÓN)

Juicios clínicos.—Analizados detenidamente cuantos datos acabo de consignar, podemos deducir se trata de un caso muy instructivo, y que nos enseña algunos problemas y curiosidades clínicas y terapéuticas.

En efecto; la primera curiosidad clínica que se nos presenta, es la de ver á la herencia, por su sola acción y sin ayuda de nadie, jugando un papel interesantísimo en la etiología de la enfermedad sufrida por esta enferma, como siempre que se trata de enfermos pertenecientes á la gran familia neuropática; pero en este caso la herencia se comporta de un modo originalísimo, y un padre, cargado sí, de la mayor tara neuropática en el orden de los estigmas físicos, engendra un hijo con la mayor cantidad de neurosis posible, sin haber padecido él enfermedad nerviosa psíquica ni constitucional alguna; y esto llama la atención, si se tiene en cuenta que lo corriente en la clínica es el ver cómo tal cual padre, epiléptico, por ejemplo, engendra un hijo histérico, otro diabético y otro loco, etcétera; y á la inversa, cómo tal cual padre, diabético, engendra un hijo histérico, otro gotoso y otro epiléptico, etc.; lo que nos confirma esa íntima relación que existe entre la familia de los neuropatas y la de los artríticos, que da lugar á su vez al gran grupo de los neuro-artríticos.

En este caso, como digo, la herencia no se ha comportado del modo que lo hace corrientemente y como acabo de indicar, sino que parece como si la cantidad enorme de neuropatía latente, incrustada en el padre durante tantos años y tan sólo adivinada por sus estigmas somáticos, hubiese descargado sobre su descendencia, para, por medio de ella, hacer su ostentosa aparición; y este caso nos enseña precisamente cómo la neuropatía en latencia engendra muchas veces enfermedades mentales y nerviosas más graves y más complicadas que la neuropatía activa.

En el mismo caso de la herencia sifilítica, que nos demuestra frecuentemente cómo un hijo de un sifilítico agudo no hereda la avariosis con tanta energía y gravedad como á veces la heredan los hijos de padres en que la sífilis pasó á un estado de latencia que parece de curación (me refiero á los parasifilíticos ó sifilíticos antiguos y mal curados), en que se transformó en intoxicación, de infección que era, y ese veneno específico constante que el padre conserva en su sangre al través de los años, á veces sin hacer manifestación sifilítica alguna, es el que más tarde se ceba en el hijo de un modo más cruel.

La segunda curiosidad de este caso es la pronta aparición y despertar de su neurosis, ya que á los siete años hace su debut el primer ataque de hysterismo, cuando lo corriente es que éstos no aparezcan hasta la pubertad, cosa que no pasa con el epiléptico hereditario, que desde su infancia es lo más corriente que ya empiece á manifestársele su epilepsia.

La tercera curiosidad clínica estriba, en el cuadro sindrómico desarrollado en esta enferma, que nos demuestra una vez más las grandes mutaciones, variedades y simulaciones sintomáticas, muchas veces graves por lo pertinaces y molestas que en sí encarna la neurosis histérica; y que, por lo que á este caso se refiere, nos demuestra bien claro que el hysterismo es una enfermedad más seria de lo que parece, y es digna de alguna más atención que la que hoy inspira á muchos médicos.

Y, en efecto, vemos cómo el hysterismo en esta enferma se ceba durante tantos años de un modo intenso, maltratándola sin piedad, con síntomas tan molestos como graves (cuales fueron: las grandes, frecuentísimas y largas crisis histéricas, la intensidad, generalización y persistencia de sus movimientos coreicos, sus ataques de locura histero-maniaca, las rabiosas hiperestusias orgánicas, los frecuentes y á veces incoercibles accesos de tos, hipo, verdaderamente espasmódicos), que á no ser por la naturaleza resistente con que contaba la enferma, y por los medios de tonificación general con que se procuró sostenerla durante su enfermedad, es mucho más que probable que el hysterismo hubiera acabado con esta desgraciada, si no directamente, por lo menos abonando el terreno para la fácil adquisición de una enfermedad intercurrente.

Diagnóstico.—Este caso, que motivó verdaderas discusiones y dudas diagnósticas, es un caso claro y bien limitado de hysteris-

mo-coreiforme, y en este concepto diagnóstico se afirmaron los doctores Pérez Valdés, del Hospital Provincial; Esquerra, Salas y Fernández Sanz, del Hospital de la Princesa; y á su autorizada opinión desde luego me adherí, acabando más tarde de completarla y confirmarla con el atento examen y observación á que tuve sometida á esta enferma durante algunos años, y cuya exposición ya dejo anunciada en otro lugar.

No faltó, sin embargo, quien opinase se trataba de dos neurosis (corea é histerismo), sumadas en el mismo sujeto, pero completamente independientes la una de la otra; mas los breves juicios diagnósticos que voy á exponer, nos harán salir de toda duda, para justa confirmación de nuestro diagnóstico de histerismo-coreiforme.

En primer lugar, todos sabemos que la histeria, dentro del cuadro polimorfo de sus múltiples manifestaciones y simulaciones, cuenta muchísimas veces con el síndrome coreico, y, por tanto, nada extrañará que desde un principio considerase al corea padecido por esta enferma como un síndrome derivado de su histerismo, y no como una neurosis, completamente independiente y ajena á él, dentro del mismo sujeto; y se confirma todavía más este juicio, si pensamos que, desde sus comienzos, el síndrome coreico apareció después de una crisis histeriforme, y que en el curso sucesivo de la afección, los movimientos coreicos reaparecían de nuevo si había cesado, ó se exacerbaban si aún existían, casi siempre después de un gran ataque de histerismo.

Y afirmando aún más este concepto, diremos que las manifestaciones histéricas en esta enferma (de grandes accesos convulsivos, de locura histero-maníaca, hiperestesias é hiperalgesias, rarezas de carácter, etc., etc.), constituyeron preferentemente el carácter de su enfermedad, y esto también nos hizo pensar desde luego en un exagerado fondo histérico, del cual podían derivarse, como así fué, el síndrome coreico, lo mismo que se derivaron otros, y por este motivo jamás se nos ocurrió pensar que los movimientos coreicos podían tener influencia alguna directa ni indirecta para sostener y agravar los síndromes histéricos; sino que más bien pensamos siempre en que el síndrome coreico era el que se agravaba, aliviaba ó desaparecía, según fuese la frecuencia, intensidad y duración de los accesos histeriformes; lo que nos demuestra bien claro que los movimientos coreicos se hallan bajo la jurisdic-

ción del histerismo, y bajo ningún concepto constituyendo una neurosis independiente á él y dentro del mismo sujeto.

Que se trata de un corea histérico, y no de dos neurosis independientes, lo demuestra también de un modo claro el cuadro sindrómico desarrollado en la enferma; y, en efecto, si el corea hubiese sido una neurosis ó síntoma independiente del histerismo, hubiera evolucionado como siempre evoluciona el tan típico y clásico baile de San Vito, que, como sabemos, aparece en la época del crecimiento con síntomas de locura muscular, con movimientos angulares que se modifican por el reposo, y que cura en tres, cuatro ó cinco meses, pudiendo recaer; es el corea de los menores de edad (*Corea minoris*), de tipo obeso y con evidentes estigmas artríticos.

En la enferma que nos ocupa, el corea, aunque apareció en la época del crecimiento, lo hizo, sin embargo, concurriendo circunstancias especiales, como ya dijimos, haciendo su debut después de un gran ataque de histerismo, y desarrollándose, además, en un sujeto en que dominaban más los estigmas neuropáticos que los distróficos; por otra parte, su modo de exteriorizarse no fué siempre igual, como ocurre en el corea de Sydenham, sino que mientras los movimientos fueron unas veces de locura muscular, otras tantas se presentaron argumentados, lógicos, rítmicos, y recordando ideas (espasmos salutorio, saltatorio, movimientos de oscilación, etc.), estos últimos muy propios y peculiares del corea histérico, y precisamente estas variabilidades y mutaciones acababan de confirmarnos su carácter de histéricos, ya que todos sabemos que uno de los rasgos que mejor sirven para caracterizar esa gran simuladora, estriba en la inestabilidad y metamorfosis que á continuo experimentan dentro de su sintomatología.

Aún hay más: el corea de Sydenham, ya lo hemos dicho, cura pronto, y con una medicación apropiada, en pocos meses se consigue casi siempre lograr su completa curación; en el caso que nos ocupa, ya hemos visto cómo los movimientos coreiformes persistieron durante muchos años, tanto como duró la neurosis histérica, sin que la medicación arsenical ni demás tratamientos específicos del corea empleados, fueran suficientes para hacerlos desaparecer, cediendo, en cambio, en absoluto, cuando con una medicación *ad-hoc* se logró curar la neurosis histérica.

Por otra parte, dadas las frecuentes recaídas y la larga dura-

ción de los movimientos coreicos de nuestra enferma, hubo también quien opinó se tratase de un corea recidivante ó de un corea crónico de Hutchinson.

Con el corea recidivante pudo confundirse nuestro diagnóstico, tan sólo por las numerosísimas recidivas que presentó; pero estas recidivas, ya lo hemos dicho, eran motivadas ó despertadas por las crisis histéricas, mientras que en el corea recidivante, las recidivas son debidas única y exclusivamente á la naturaleza de dicho corea, cuyas manifestaciones son siempre iguales (de locura muscular), mientras que las del corea histérico, ya lo hemos dicho, también son polimorfos y variables en intensidad y calidad. Es, por decir así, el corea recidivante, una variedad clínica del corea vulgar; es, en una palabra, este mismo corea vulgar con carácter de cronicidad, como así lo comprueban sus frecuentes recidivas.

Todavía es mucho más difícil confundir nuestro diagnóstico de histerismo coreiforme, con el corea crónico de Hutchinson, ya que este último es afección propia y peculiar de adultos de mayor edad, con alteraciones intelectuales evidentes (generalmente maníacos incurables), y, por otra parte, los movimientos coreicos de estos enfermos no son ni de locura muscular (propios del baile de San Vito), ni lógicos coordinados y psíquicos (propios de la enfermedad que nos ocupa), sino que dichos movimientos tienen más aspecto de temblor, recordando y semejando por este dato, más bien al paralítico agitante y al enfermo de esclerosis en placas (que al corea de Sydenham y al histérico).

Curso y terminación del proceso.—La marcha del padecimiento ha sido también interesantísima, y durante todo su transcurso destacáronse siempre dos cuadros sindrómicos de gran relieve; el de las crisis convulsionantes y el de los movimientos coreicos, con predominio marcado del primero sobre el segundo, pues varias veces púde observar que una crisis convulsiva motivaba una nueva explosión coreiforme, ó servía para exacerbar aún más los movimientos coreicos ya existentes; este curso se modificó más tarde con el tratamiento hipnótico, que determinó mejoras muy manifiestas y duraderas en la calidad é intensidad de los accesos convulsivos y coreicos; pero un nuevo síndrome hace su debut, y dos ataques de locura histero-maníaca hacen temer por su vida, salvados los cuales, la enferma entra en franca curación, merced al tratamiento hipnótico empleado.

La terminación, como digo, fué por curación; pero ésta no se presentó cuando era de esperar y coincidiendo con el apogeo del desarrollo menstrual, sino que la enfermedad siguió su curso con más intensidad y con caracteres más graves y alarmantes durante tres años consecutivos á la fecha de aparición de la referida función, no empezándose á notar mejoría alguna positiva hasta que no fué tratada por la sugestión hipnótica.

Juicios pronósticos.—El pronóstico del caso historiado llegó muchas veces á inspirarme serios temores de incurabilidad, dado lo frecuentes, intensas y duraderas que en muchas ocasiones fueron las crisis histéricas, y lo pertinaz de los movimientos coreicos, manifestaciones que más de una vez me hicieron pensar si podrían conducir para siempre al manicomio á nuestra enferma, ó ser motivo para crear en ella un estado especial de ruina orgánica, abonado para contraer alguna enfermedad grave (pulmonía, tuberculosis, anemia, etc.), que pudiera llevarla al sepulcro.

De todos modos, aunque el pronóstico luego no resultó tan grave como siempre pensé, ya que la enferma se encontrará en la actualidad completamente restablecida, este caso me lleva de la mano á hacer algunos breves juicios pronósticos sobre la neurosis histérica.

Dice un proverbio médico, que las histéricas pocas veces mueren á consecuencia de su histerismo (1), y yo he oído muchas veces decir á científicos y profanos, que las histéricas no se mueren nunca, y que lo único que hacen es acabar con la paciencia del médico, de la familia y de cuantas personas las rodean, y que el mejor tratamiento para ellas sería una buena estaca; sin embargo, conviene no exagerar tanto la nota, y hay que pensar siempre en que ese gran proteo de la Medicina es una enfermedad más seria de lo que parece, y más digna de atención que la que hoy inspira á muchos médicos.

Cierto es que muchos fenómenos nerviosos de la histérica pasan sin dejar secuela alguna en el organismo; pero mucho más cierto es aún que existen otros que, por la índole especial de su carácter, unas veces, ó por la intensidad, frecuencia y duración con que se desarrollan, otras, pueden originar hondos y serios tras-

(1) En algunos casos del todo excepcionales, ha ocurrido la muerte á consecuencia de histerismo. (H. Molière: «Société des Sciences médic. de Lyon», 1884.)

tornos en la integridad anatomo-fisiológica de nuestra economía.

Es necesario, pues, no olvidar que el histerismo muchas veces conduce, por la persistencia y duración de su acción, á estados de ruina orgánica y depauperantes, cuyas consecuencias son la tuberculosis, anemias profundas ó enfermedades agudas intercurrentes graves; que puede conducir asimismo al manicomio y al suicidio; determinar parálisis y contracturas (cuyo fin nunca se prevé), muchas veces seguidas de anquilosis articulares graves (y yo podría citar algunos casos curiosos); trastornos esfinterianos, que pueden originar retenciones urinarias, rectales, etc., etc., aparte, además, de que esta neurosis es un origen continuo de tormentos para los enfermos y de constantes cuidados para la familia.

Tratamiento.—Con esta enferma, que fué huésped conocidísima en casi todos los Hospitales de la Corte, y en muchas consultas públicas y particulares, se pusieron en práctica para curarla cuantos medios higiénicos, físicos y farmacológicos indica la terapéutica en el tratamiento de la neurosis histérica y de la coreica; y ni los antiespasmódicos, ni la hidroterapia, ni los baños electro-estáticos, ni con la quinina y el valerianato, defendidos como específicos de esta enfermedad, ni con la medicación arsenical propia del corea, pudo lograrse nunca otra cosa que muy ligeras mejoras, pero jamás la curación completa.

En vista de lo cual, á principios del año 1906 (fecha en que comencé á hacer la observación y estudios convenientes de este caso), viendo el poco éxito obtenido con las medicaciones empleadas, me decidí á poner en práctica un tratamiento que nadie había empleado hasta entonces, y que, á mi juicio, como ya dejo dicho en otro lugar, es al que debió la enferma su completa curación.

Me refiero al tratamiento por medio del hipnotismo.

Con la primera serie de sesiones hipnóticas (30 sesiones alternas, meses de Febrero y Marzo de 1906) logré una manifiesta mejoría que duró siete meses, durante los cuales las crisis histéricas se redujeron, de casi diarias que eran, á quince ó veinte durante ese tiempo, logrando, además, hacer desaparecer los movimientos coreicos.

En el mes de Octubre del mismo año, vuelven á reaparecer los accesos de histerismo y los movimientos coreiformes de un modo desenfrenado; y con este motivo vuelvo á someterla á la sugestión

hipnótica (30 sesiones alternas, meses de Noviembre y Diciembre de 1906, bastan para hacer desaparecer en absoluto dichas manifestaciones).

En el mes de Marzo de 1907, con motivo de haber sufrido un acceso de locura histérica, la someto á diez sesiones alternas, después de las cuales permanece en perfecta normalidad hasta el mes de Septiembre del mismo año, en que reaparecen los movimientos coreicos sin previas crisis convulsivas de histerismo (lo que indicaba que el proceso había ya dominado en parte), vuelvo de nuevo al tratamiento hipnótico (15 sesiones en el mes de Octubre de 1907, bastan para hacer desaparecer los movimientos coreicos).

En el mes de Diciembre, un nuevo caso de acceso de locura histérica me obliga á suministrar á nuestra enferma 15 sesiones hipnóticas alternas (mes de Enero de 1908), y desde esta fecha hasta el día actual, ó sea cerca de cuatro años, no ha vuelto á tener manifestación alguna de la enfermedad que tanto la hizo sufrir; viviendo actualmente en Madrid en perfecto estado de salud.

Resumen del número de sesiones hipnóticas empleadas.

<i>Año de 1906.</i>	
Meses.	Número de sesiones.
Febrero y Marzo.....	30 alternas.
Noviembre y Diciembre.....	30 »
<i>Año de 1907.</i>	
Marzo	10 alternas.
Octubre.....	15 »
<i>Año de 1908.</i>	
Enero.....	15 alternas.
TOTAL	100 sesiones hipnóticas.

Renuncio á exponer las reglas de técnica hipnótica que hube de tener en cuenta durante todo el tratamiento practicado con esta enferma, porque esto me llevaría á escribir un extenso capítulo, que dejaré para artículos sucesivos; no obstante, diré que la duración media de cada sesión fué de unos veinte minutos á media

hora, siendo los mandatos post-hipnóticos más que los intra-hipnóticos, los que me proporcionaron más útil y provechoso resultado, no sólo para atajar los ataques convulsivos y los accesos coreicos, sino también sus desesperantes hiperestésias é hiperalgias y sus numerosísimas crisis de tos é hipo espasmódico.

Durante todo el tratamiento hipnótico sometí á la enferma también á una medicación tónico-nerviosa, reconstituyente, á base de los siguientes medicamentos:

Extracto blando de quina.....	4 gramos.
Arseniato de sosa.....	12 centigr.
Citrato amoniacal de hierro.....	10 gramos.
Glicerofosfato de cal.....	15 »
Vino bueno.....	600 »

Una copita de las de licor después de cada comida.

JULIO CAMINO GALICIA,
Médico primero.

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.

GENERALIDADES DE LAS HERIDAS POR LOS PEQUEÑOS PROYECTILES DE GUERRA

II

Deformaciones de las balas.

Es tan interesante este punto, y tantas las explicaciones más ó menos hipotéticas que de estos fenómenos se han emitido, que para exponerlas es preciso considerar separadamente lo que ocurre en las balas de plomo solo, y en las que poseen una coraza ó manguito resistente.

Balas de plomo.—Aunque pueden encontrarse íntegras en el espesor de los tejidos humanos, en un cincuenta por ciento de casos se deforman, aplastan ó fragmentan. De esta opinión son todos los escritores que de tal fenómeno se ocupan: Neudörfer, Pirogoff, Otis, Legouest, Chauvel, Bousquet. Pero sus opiniones no concuer-

dan al tratar de dar razón del mecanismo en virtud del cual tiene lugar el aplastamiento ó la división.

En la guerra franco-alemana de 1870, al notar tales fragmentaciones, se acusaron mutuamente los dos ejércitos de usar balas explosivas; aserto cuyo escaso fundamento en breve se demostró.

Estas deformaciones se realizan sobre la punta del proyectil (tomando la forma de hongo, flor, cruz, medalla, etc.), ó sobre los lados (originándose aletas ó cintas), ó llega á tal punto que la bala se rompe en varios pedazos distintos, dando origen á otros tantos nuevos proyectiles.

¿Es el choque contra un cuerpo duro (piedra, muro, cañón de artillería), como creen unos, el que produce esta división y deformación, antes de alcanzar al herido, ó se debe á la sola resistencia elástica de los tejidos vivos?

¿Llevan más razón los que piensan que por el súbito reposo en que se trueca la marcha de la bala, al ser detenida en su carrera, se produce una transformación de su movimiento en calor (por la ley física de la correlación de las fuerzas), que da lugar á la fusión, reblandecimiento y disgregación del metal, ó esta fusión y sucesivos fenómenos son debidos al calor propio del proyectil, engendrado por su roce con las paredes del cañón, primero, y con las capas del aire, después?

¿Ó es sólo imputable el cambio de forma á la división, á la violencia del choque, que no da lugar á la elasticidad, y desequilibrando la disposición de las moléculas destruye su cohesión?

Aparte de la experiencia adquirida por los médicos militares, en los campos de batalla, se han practicado notables experimentos para dilucidar este punto, en cadáveres, ó tomando como blanco objetos diversos.

Los partidarios de la teoría de la fusión (en sus dos formas: primera, calentamiento por el roce, y segunda, por la transformación del movimiento en calor) invocan en su apoyo el aspecto granuloso y la forma en gotitas de los trozos desprendidos, el frecuente arrollamiento del proyectil, el polvillo gris que recubre la herida, así como ciertas irisaciones de los bordes de la misma, y el calor apreciable al tacto, que así el proyectil como sus pedazos conservan algún rato.

Tomando como objetivo un saco de pólvora, y disparando sobre él, la bala atraviesa el saco sin que la pólvora se inflame; este

experimento (muy repetido después de Paré, que fué el primero en practicarlo), que prueba que el roce contra el cañón y el aire es insuficiente para calentar la bala hasta el grado necesario para inflamar la pólvora (Beck afirma, en virtud de ingeniosos ensayos, que la mayor temperatura que puede alcanzar un proyectil no excede de 80°, siendo ordinariamente de 30° á 40°), se convierte por Schadel en argumento en favor de la teoría de la fusión, pues colocando una fuerte lámina de hierro entre la pólvora del saco, ésta se inflama al detenerse ante aquélla el proyectil.

Hagenbach y Tyndall han deducido, por cálculo, que al detenerse bruscamente un proyectil, animado de una velocidad de 400 metros, desarrolla 582° de calor, temperatura muy superior á la de fusión del plomo, que es de 326°, si bien inferior á las del acero y el hierro, que son respectivamente de 1.350° y de 1.500°. Mülhauer sostiene que una velocidad de 270 metros es bastante al ser repentina, total é instantáneamente aniquilada, para dar lugar á la fusión del plomo.

Estas opiniones son defendidas por Socin y Kocher, entre varios.

Longmore, Laugier, Chauvel y otros, adversarios de la hipótesis de la fusión, objetan que el aspecto granujiento de las partículas de plomo es debido á su división mecánica; que el polvillo blanco es rarísimo; que la coloración irisada obedece á un sulfuro de plomo que se forma en contacto de los tejidos, y que jamás en ellos se observan vestigios de quemadura (excepto en los tiros á quemarropa), que sería forzoso hallar siempre si la teoría de la fusión fuese verdadera.

Además, creen que es una exageración evidente querer comparar lo que sucede al chocar un proyectil contra una espesa lámina de hierro (experiencia de Schadel), con lo que ocurre en el cuerpo humano; é invocan en su apoyo el que también se deforman las balas contra masas de manteca, de grasas y hasta de agua, sin que éstos medios sufran aumento de calor, á pesar de su fácil conductibilidad para este agente; y el que una bala que ha atravesado un cadáver ó un trozo de madera, no inflama la pólvora ordinaria ni el *fulmicoton* (experimento hecho por Mathieu), que arde á los 100°; y, sin embargo, el proyectil se ha roto ó deformado.

En cambio de ella, admiten la teoría de la compresión y el choque brusco, según la cual, la presión ejercida por la resistencia

elástica de los tejidos vivos es la causa, dada la maleabilidad del plomo, de que se disgreguen las laminillas estratificadas que lo forman; cuanto menor sea la fuerza viva del proyectil, cuanto más extensa, resistente y elástica sea la superficie contra que choca, y cuanto más agudo el ángulo de incidencia, tanto mayor será la deformación: y, por el contrario, la forma prolongada y las dimensiones pequeñas de la bala, disminuyen las condiciones favorables para que aquélla ocurra.

Balas acorazadas.—Chavasse y Delorme son los únicos en aceptar la deformación de las balas acorazadas, en la trama de los tejidos, aunque confiesan que sólo se producen en mínimo grado.

La mayoría de autores admiten como concluyentes las experiencias practicadas por Chauvel, Reger, Maynier y otros, de las que se desprende que en el cuerpo humano nunca se deforman ni fragmentan los proyectiles dotados de envoltura resistente.

Chocando contra planos muy duros y espesos (piedra, hierro), si la camisa es de acero ó de *maillechort*, se deforma; pero el núcleo no se fragmenta. Si es de cobre, puede romperse en pequeños trozos muy puntiagudos, y deformarse el contenido de plomo.

III

Acción de los pequeños proyectiles sobre los tejidos vivos.

Considerada para un mismo proyectil, la acción que ejerce sobre el cuerpo humano puede dividirse en tres zonas de efectos distintos, según sea la velocidad, ó, lo que es lo mismo, según la distancia del punto del disparo: 1.^a, *zona de acción explosiva*, que alcanza de 100 á 500 metros para las balas de plomo solo, y menos de 200 en las acorazadas; 2.^a, *zona de perforación ó de pérdida de substancia*, que se extiende de los 100 ó los 500 á los 1.500 metros en las primeras, y de los 200 ó menos á los 2.500 en las segundas; y 3.^a, *zona de contusión*, desde dicha distancia hasta el fin de la carrera del proyectil.

1.^a Zona de explosión.—Las heridas producidas en esta zona presentan un orificio de entrada pequeño, otro de salida ancho é irregularmente desgarrado, y un canal cónico, cuyas paredes están formadas por tejidos triturados, constituyendo una especie de pa-

pilla. Si hay un hueso roto, los estragos son enormes; las dos aberturas muestran los bordes invertidos hacia afuera, y fluyen de ellas grasa, líquidos y sangre, mezclados con desiguales colgajos. La de salida es de una anchura desmedida y de un aspecto espantoso. Las paredes del foco traumático, en el cual cabe el puño, presentan músculos machacados, huesos casi pulverizados y desprovistos de periostio; esquirlas de varios tamaños y diversas dimensiones; éstas, así como los restos ó porciones de los tejidos blandos, pueden ser lanzadas á distancias de 10, 15 y más metros. En las cavidades se verifica una verdadera explosión, en ocasiones, saltando los órganos que contienen (principalmente en la craneal) alrededor de la víctima.

(Continuará.)

NECROLOGÍA

D. Emilio Martínez Oppelt,

Médico primero.

Nació en Loja (Granada), el día 18 de Octubre de 1871, y en Junio de 1894 se graduó de Licenciado de la Facultad de Medicina en la Universidad de Granada.

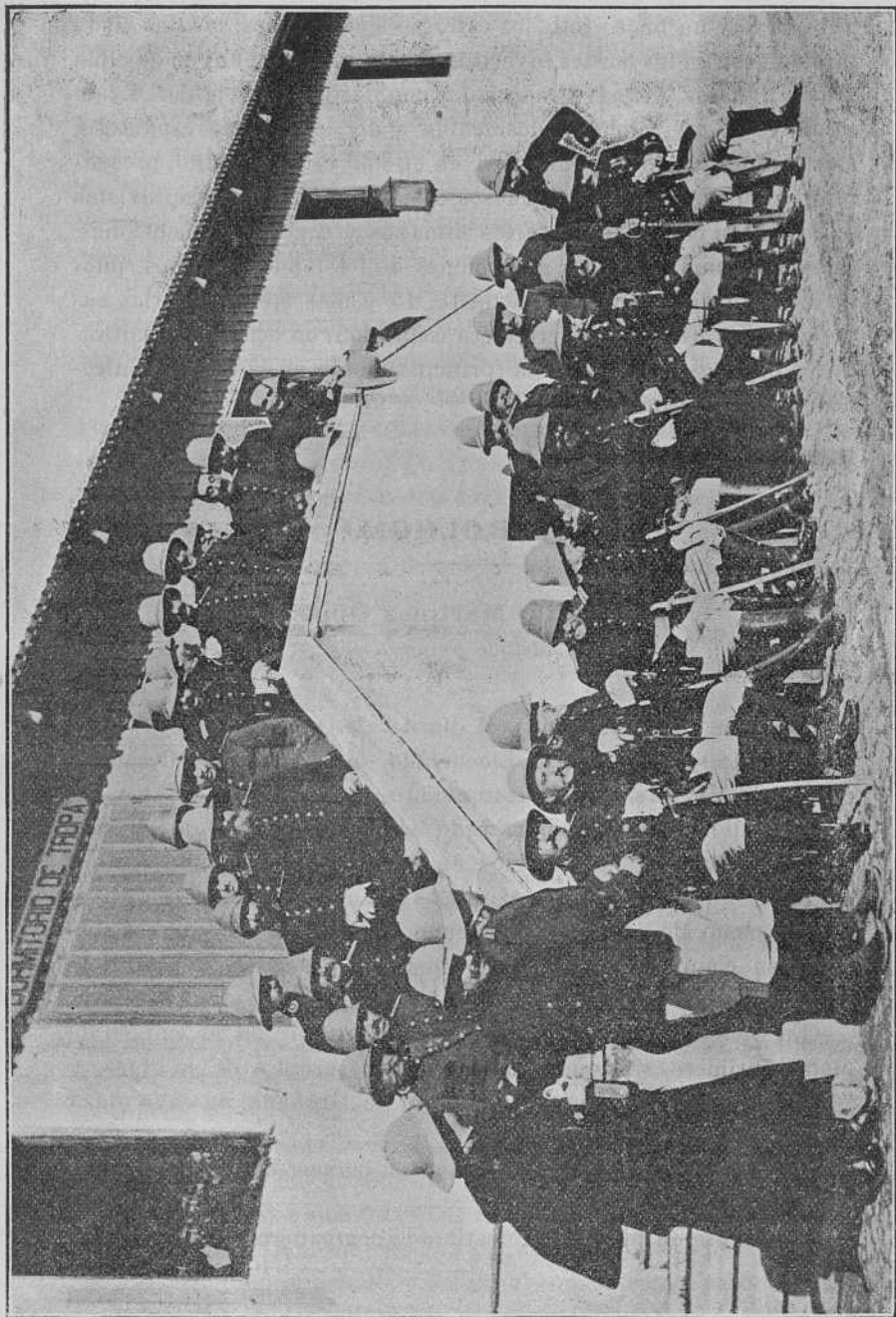
En Julio de 1895 fué nombrado Médico provisional de Sanidad Militar, prestando sus servicios en tal empleo hasta Noviembre de 1897, que, previos los ejercicios de oposición, ingresó en el Cuerpo como Médico segundo, siendo destinado á prestar sus servicios en comisión en el Buque-Hospital *Monserrat* y posteriormente en varios Regimientos.

En Diciembre de 1903 ascendió por antigüedad al empleo de Médico primero, sirviendo varios destinos propios de su clase, y últimamente en la Fábrica de pólvora de Granada, en cuya plaza falleció el día 1.º del mes actual.

Se hallaba en posesión de una cruz blanca de primera clase del Mérito Militar.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

EL DÍA DE LA CONCEPCIÓN EN MELILLA



Personal del Cuerpo de Sanidad Militar que asistió al banquete celebrado para estrechar los vínculos de compañerismo.

VARIEDADES

Publicamos con gusto las siguientes inspiradas poesías, recitadas por sus autores, distinguidos Jefes del Cuerpo, en el banquete celebrado en Melilla el día de la Concepción, y que resultó una verdadera fiesta de compañerismo, de la que dimos cuenta oportunamente á nuestros lectores.

LA PATRONA Y EL COLEGIO

SONETO

Unidos por efluvios fraternales
Que emergen de una unión franca y sincera,
La vida se desliza placentera
Consagrando sublimes ideales.
Orgullosos, queridos comensales,
Podemos desplegar nuestra bandera;
Todo español se humilla y la venera
Cual símbolo de afectos maternos.

La Virgen Pura, prodigando dones
En su excelsa bondad, ha enriquecido
De paz y amor los tiernos corazones;
Al huérfano infeliz ha recogido,
Y él, balbuciente, llévale oraciones,
Que son del alma fervido latido!...

ENRIQUE CANALEJAS

Melilla, 8 Diciembre 1911.

Cosa por mí fué temida
Por mil indicios diversos
Que ibais á pedirme versos
Al final de la comida.

Y como es la negativa
Que á cierto insistir resiste,
Rudeza que ya reviste
Forma de esquivéz altiva,

Esquivando el tropezón,
Aun poniéndome en un brete,
Para final del banquete
Traigo una improvisación.

Que después de afanes mil,
Con distócicas torturas,
Alumbré en las estrechuras
De un albergue patronil.

¿Mas de qué hablar? ¡Voto á cien!
Creo que el buen escritor,
Como el buen operador,
Debe hacerlo pronto y bien.

Y yo me encuentro en un punto
Que no sé adonde salir,
Porque me puse á escribir
Sin motivo y sin asunto.

¿Hablará el pobre coplero
De que tiene á su uniforme
Un amor intenso, enorme,
Hondo, sentido, sincero?

Serían repeticiones,
Pues lo dicen igualmente
Con su latido potente
Todos vuestros corazones.

¿Seré osado en calcular
El surco grande, profundo
De gloria, que abrió en el mundo
La «Sanidad Militar»?

Mi afán hiciera reir;
El Cuerpo tiene probado
Que donde cae un soldado
Sabe un Médico morir,
Si quiere la suerte dura
Confundir, en el combate,
La sangre del que se bate
Con la sangre del que cura.

¿Os hablaré del tesón
Con que al Cuerpo cada cual
Lleva, con amor filial,
Anhelos de perfección?

Trivial pregunta parece,
Pues hoy, nuestra Institución
En plena renovación
Pródigamente se ofrece.

Qual matrona secular
Que, coronada de oliva,
¡Se enciende en el ansia viva
De inquirir y de estudiar!

Ya veis si de esfuerzos harto
Cuesta *mi improvisación*,
Ni el forceps, ni la versión
Pueden terminar el parto.

Y estoy en trance fatal
Y en él quizás me rindiera,
Porque fuerzas no tuviera
Para el esfuerzo final.

A no ser por una idea,
¡Relámpago de un momento
Que en mi obscuro pensamiento
Suavemente centellea!

Nada de bélicas trompas,
Ni de vanos efectismos,
Ni de vacuos simbolismos,
Nada de líricas pompas.

Quiero para terminar
Esta soflama ripiosa,
Con franca mano amistosa
A vuestros pechos llamar.

Y despertando ese egregio
Sentimiento vencedor,
Que es caridad y es amor,
Brindar por ese Colegio
Que ahora comienza á existir,
Y que ya, de ningún modo
Debe ni puede morir.
¡¡Que es prenda de su vivir
La vida del Cuerpo todo!!

FEDERICO PARREÑO BALLESTEROS

Leída por su autor en el banquete celebrado
por el Cuerpo de Sanidad Militar en Melilla, la
noche del 8 de Diciembre de 1911.

*
* *

Ha sido nombrado Presidente del Centro Hispano-Marroquí de Ceuta, el Jefe de Sanidad Militar de aquella plaza, Subinspector Médico de primera clase D. José Delgado, cuyas condiciones de ilustración, actividad y amor al cumplimiento del deber son bien conocidas, y resultarán muy favorables á dicho Centro y á los intereses de España en África.

*
* *

Ha fallecido recientemente, en Bilbao, el estimable Subinspector Médico retirado, D. Ildefonso de la Villa y Portillo.
Descanse en paz.

*
* *

El 23 del pasado se inauguró en el Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife el alumbrado eléctrico, debiéndose esta mejora, que tanto se hacía desear, á los Jefes de dicho Establecimiento y al Capitán general de aquellas Islas, que desplegaron verdadero interés en conseguirlo.

*
* *

El Teniente coronel de Estado Mayor D. Tomás Rodríguez Mata ha obsequiado al Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción con un donativo de 100 pesetas, delicado rasgo de filantropía que es muy de aplaudir.

*
*
*

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR se asocia con la expresión de la más viva condolencia al duelo general, y en especial de la clase médica, por la muerte del esclarecido Cirujano y sabio Catedrático Dr. Ribera y Sans, acacida hace pocos días en esta corte.

*
*
*

Con asistencia del Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, de los Inspectores generales de Sanidad interior y exterior, señores Bejarano y Martín Salazar, y del Subsecretario de aquel Ministerio, Sr. Navarro Reverter, tuvo lugar hace pocos días, en el Parque de Sanidad Civil, el funcionamiento de los modernos aparatos de desinfección, adquiridos por dicho Centro é importados por la acreditada casa de los Hermanos Metzger.

Entre los invitados figuraban los Jefes de nuestro Cuerpo señores Hermida, Urquidí, Fernández España, Aizpuru, Sánchez Fernández, Castillo Domper, Gamero, Úbeda, Potous y el Médico primero Sr. Escribano, quienes, como aquellas Autoridades, celebraron mucho el progreso de tan importantes aparatos de profilaxia urbana.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Contribución al estudio de la oftalmía de las nieves.—Galli-Valerio, en los *Annales d'Oculistica*, hace una muy interesante auto-observación.

En el sujeto que le servía de guía alpino, los accidentes se limitaron á la forma común de la oftal-

mía; visión velada, punzadas en los ojos, lagrimeo, tensión muy penosa, dolores comparables á la sensación que se experimentaría si se hundiesen paquetes de alfileres en los ojos, edema de los párpados y congestión de la conjuntiva; náuseas y vértigos. Pero en el autor, los mismos

síntomas de blefaro-conjuntivitis, debida á la sequedad del aire, se acompañaron de una ambliopía grave.

El autor preconiza como tratamiento las inyecciones subcutáneas de estricnina en los temporales, é insiste en los inconvenientes de las lentes usadas hasta ahora para dicho objeto, pues resultan pequeñas é insuficientemente coloreadas, aconsejando, como las únicas capaces de proteger eficazmente contra la reverberación de los hielos, las lentes de vidrios ahumados ó amarillos, muy oscuras, muy grandes, y cuyos bordes apoyen por encima del arco superciliar y por debajo del párpado inferior.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Noviembre 1911.)—*J. P.*

* *

Nuevas hipótesis etiológicas de la pelagra.—Bertarelli (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, número 91, 1911) acaba de analizar las nuevas teorías acerca del origen de la pelagra, que han venido á substituir á la clásica de Lombroso, que veía en el maíz la verdadera causa.

Alessandrini, después de interesantes investigaciones, deduce que la pelagra no puede ser causada por el maíz averiado, porque numerosos pelagrosos no han comido jamás maíz y porque la pelagra aparece en regiones donde el maíz no se da, y falta, por el contrario, en países ricos en maíz. Las medidas profilácticas basadas en la teoría del maíz no han dado resultados satisfactorios. Para Alessandrini la pelagra tiene un origen hídrico: agua turbia infectada de gérmenes.

La segunda teoría es la de Sambou, para el cual sería una enfermedad infecciosa, aportada por un protozooario del género *Simulium*. En fin, la pelagra recuerda, en efecto, por ciertos caracteres, á la malaria.—*Juarros*.

* *

El bacilo de Hansen en el moco nasal de los leprosos.—M. Lebaeuf ha examinado en Caledonia 224 leprosos, y ha encontrado 159 veces bacilos de Hansen en las mucosidades nasales, ó sea 70,98 por 100.

En la lepra completa, ó en la lepra mixta, la proporción sube 92,30 por 100.

La lepra incompleta, variedad tuberculosa, ha dado 84 por 100. En la lepra incompleta, variedad trofoneurótica, un 47,29 por 100, y las variedades no especificadas de la incompleta (la mayor parte de los casos comprendían la lepra inicial), no han suministrado más que 41,11 por 100 de resultados positivos. De una manera general, se encuentra mucho menos frecuentemente, y en menor número, el bacilo de Hansen en el mucus nasal de los enfermos atacados al principio, que en los leprosos avanzados.—(*Le Caducée*, 2 Diciembre 1911.) *J. P.*

* *

La magnesia calcinada en el tratamiento de los papilomas difusos de la laringe del niño, por Claoué.—Trabajo basado en dos observaciones de niños, de seis años, uno con papilomas difusos y múltiples de la laringe que, extirpados en dos ocasiones y por vía directa, se reprodujeron á poco, y no creyendo Claoué

debía ejecutar ninguna otra intervención, y por indicación del doctor Fréche, á quien consultó el caso, le administró la magnesia al interior durante quince días, y á la dosis de 5 gramos diarios, logrando una visible mejoría, suspendiéndola durante igual periodo de tiempo, para reanudar la administración cuatro meses consecutivos, y en cantidad de 50 centigramos, alcanzando la curación.

Más brillante fué el resultado en el segundo enfermito, que después de operado una vez, y reproducidos los papilomas, lo sometió al uso de la magnesia, logrando pronta y notable mejoría.

Termina Claoué refiriendo la historia de otro niño, tratado por Mr. Sarguon, que usaba, además, la magnesia tópicamente, con buen resultado.

Añadiremos que dicho tratamiento no es una novedad, pues ya hace años lo leímos en una obra clásica muy conocida, *Le traité de Chirurgie*, de Le Dentu y Delbe, y extrañándonos que él no lo mencione, ya que por tratarse de una obra francesa, y por la gran autoridad de P. Delbet, autor del artículo, dedicado á los papilomas, no debía ignorar.

No se crea, tampoco, sea la magnesia un remedio eficaz para combatir los tumores de que hablamos, no habiendo logrado mejoría alguna con dos enfermos en que la hemos empleado.—*Santaló*.

* * *

De la colecistotomía en la litiasis y las infecciones biliares.—Prosiguiendo sus trabajos sobre la cirugía de las vías biliares M. A. Gos-

set, da el resumen de una nueva serie de 43 intervenciones, de las cuales 36 fueron colecistotomías practicadas por accidentes litíasicos ó infecciosos; 27 veces se ha tratado de una operación primordial, y 7 veces de una operación complementaria después de coledocotomía y drenaje del conducto hepático.

Los cuidados pre-operatorios tienen una gran importancia (reposo en la cama, suero artificial, suero de caballo (10 c. c.) contra las hemorragias).

El cloroformo debe rechazarse en los ictéricos: el éter es la anestesia de elección.

El empleo de la incisión dorsal y de la ondulante de Kehr, hacen muy perfecta la exteriorización del hígado.

Opuestamente á la técnica habitual, Gosset aconseja practicar el desprendimiento de la vesícula de abajo á arriba, lo que permite asegurar una hemostasia tan completa como sea posible, y de encontrar fácilmente un plan de exfoliación cómodo. Hallada la triple enrocijada (colédoco, cístico y hepático), se procede á la sección primera del cístico, muy cerca de su embocadura en el colédoco. Ligadura de la arteria cística ó de las arterias císticas. Sección de los repliegues peritoneales y desprendimiento ó reparación de la vesícula; después drenaje subseroso sobre los repliegues peritoneales seccionados.

Los resultados son satisfactorios: colecistotomías directas, 23 casos, 22 curaciones, un muerto por anuria; colecistotomías complementarias, 11 casos, 11 curaciones.—(*Journal de Chirurgie*).—*J. P.*

* * *

El diagnóstico de la viruela.— Paschen ha encontrado (*Munch Méd. Woch.*, t. LVIII, núm. 24, 1911) en los frottis de la linfa de variolosos, coloreados al Loëfler y al Ziehl, numerosos corpúsculos pequeños, redondeados. Estos corpúsculos, rojos, sólo se encuentran en la viruela, faltando en las demás enfermedades cutáneas, sifilíticas y la varicela. Paschen los considera como agentes de la viruela.

En seis casos de viruela, observados en Eppendorf, encontró en todos los citados corpúsculos. Al mismo tiempo ingresó en el hospital un niño con varicela típica. En él faltaron en absoluto los corpúsculos.

De las seis observaciones, tres eran muy fáciles de diagnosticar; pero en las otras tres había grandes dudas clínicas entre varicela y viruela, que pudieron resolverse gracias á los corpúsculos de Paschen.—*Juarros.*



Te los efectos sobre la sangre de la narcosis clorofórmica por vía venosa.—Mediante la espectro-fotometría, M. F. Gangitano ha estudiado los efectos de la narcosis clorofórmica por vía venosa y por inhalación sobre conejos en experimentación.

El cloroformo, inyectado en solución acuosa en la yugular, es siempre bien tolerado y sin accidentes, salvo una vez con un poco de hemoglobinuria. La tara espectrofotométrica baja rápidamente después de la narcosis venosa, pero de una manera menos sensible que en la narcosis por inhalación.

El autor concluye de sus experiencias, que el cloroformo, sea inyectado en las venas ó sea por inhalación, altera de una manera profunda el quimismo de las funciones de los hematíes; pero estas alteraciones son menos marcadas en la narcosis por vía venosa.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Noviembre 1911.)—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La albúminorreacción en las afecciones pulmonares del soldado.— El Dr. M. Tronde, Médico mayor de segunda clase, en un extenso artículo publicado en *Le Caducée*, refiere á este particular los siguientes conceptos y conclusiones, en los que se detiene después analizándolos en relación con la patología pulmonar del soldado.

La albúminorreacción ha adquirido definitivamente derecho de ciudadanía entre los procedimientos

elásticos aplicables al diagnóstico de las enfermedades del aparato respiratorio. Desde las experiencias del Profesor Roger y la exposición de sus primeros resultados, las observaciones han seguido acumulándose, y han confirmado en todos sus puntos las conclusiones del promotor del método.

Elas pueden resumirse de la manera siguiente:

1.^a En las bronquitis agudas, las bronquitis crónicas y el enfisema, la

ausencia de albúmina en los esputos es una regla casi absoluta.

2.^a La pneumonia, la bronconeumonía, la congestión pulmonar, entrañan la presencia de albúmina en las expectoraciones durante el período de estado.

3.^a En las bronquitis cardiopáticas ó nefríticas, los resultados son variables, pero lo más frecuentemente positivos.

4.^a La albúminorreacción aparece constante en la pleuresía serofibrinosa, y traduce una lesión pulmonar vecina á la colección líquida.

5.^a En la tuberculosis pulmonar la albúminorreacción es casi siempre positiva. — *J. P.*

* * *

Estadística del Ejército bávaro en 1907-908.—De 66.786 hombres, se asistieron en el hospital y enfermería 32.566 = 487,6 por 1.000; de ellos 211 por 1.000 en hospital, y 276,4 por 1.000 en las enfermerías. La morbilidad por grupos fué la siguiente:

I Enfermedades infecciosas y generales, 31,2 por 1.000.

Gripe.....	18,3
Tuberculosis.....	2,1
Escarlatina.....	1,1
Sarampión.....	0,82

II Enfermedades del sistema nervioso, 8,7 por 1.000.

Enfermedades mentales.	0,64
Debilidad mental.....	0,76

III Enfermedades del aparato respiratorio, 67,6 por 1.000.

Pulmonía.....	5,7
Pleuresía.....	2,8

IV Enfermedades del aparato circulatorio y de la sangre, 10,1 por 1.000.

V Enfermedades del aparato digestivo, 76,5 por 1.000.

VI Enfermedades del aparato génito-urinario, 5,3 por 1.000.

VII Enfermedades venéreas, 15,5 por 1.000.

Sífilis.....	3,6
Chancro blando.....	1,4
Blenorragia.....	10,6

VIII y IX Enfermedades de ojos y oídos, 20,5 por 1.000.

X Enfermedades de la piel, 81 por 1.000.

XI Enfermedades de los órganos del movimiento, 55,4 por 1.000.

XII Traumatismos, 100,8 por 1.000.

Murieron 78 hombres = 2,3 por 1.000 de los asistidos; salieron 912,9 por 1.000, y quedan 65,6. Fuera del hospital fallecieron 110 soldados; de éstos, por suicidio 22. La mortalidad total fué de 2,8 por 1.000 de la fuerza presente.—*F. G. D.*

* * *

Bajas en la guerra ruso-japonesa. (*Journal of the Royal army medical corps*, Septiembre 1911).—El Médico General Körting, del Ejército alemán, publicó en 1908 algunos datos acerca de las pérdidas sufridas por ambos Ejércitos, los cuales rectifica ahora en la forma siguiente:

En Septiembre de 1905 el efectivo ruso era de 959.371 Oficiales y tropa, incluyendo en este total los que prestaban los servicios de retaguardia, de los cuales eran reservistas un 58 por 100. Las bajas rusas fueron:

Muertos, 19.746.
Heridos, 122.290.
Muertos de resultados de heridas, 3.889 (ó sea 3,17 por 100).

Desaparecidos, 39.605 (incluyendo 25.133 prisioneros).

Enfermos, 1.623.781.

Muertos de enfermedad, 7.871 (ó sea 0,47 por 100).

Total de muertos, 31.506.

En el Ejército japonés las bajas que dicho autor calcula son:

Muertos, 47.152.

Heridos, 220.813.

Muertos de heridas, 47.387 (ó sea 21,5 por 100).

Desaparecidos, 0.

Enfermos, 236.223.

Muertos de enfermedad, 27.185 (ó sea 11,5 por 100).

Total de muertos, 121.697.

Estos números referentes al Ejército japonés deben admitirse con toda reserva, pues proceden de datos de origen ruso, y presentan, aun á primera vista, varias anomalías.—*J. P.*

* * *

Dotación en personal y material de las formaciones sanitarias en la línea de fuego en el Ejército francés, según el nuevo reglamento.—En los regimientos de Infantería existen: 9 Médicos para los 4 batallones; de ellos, 3 de la reserva, con los que se instala un puesto de curación, y la destacan en número variable, según las condiciones del combate, á la línea de fuego y nidos de heridos. Como material de curación tiene: el carruaje regimental, 200 paquetes de cura individual, 600 paquetes pequeños de curación, 800 medianos y 144 grandes; en total, 1.308 curaciones en regimientos de 3 batallones y 1.744 en los de 4. Hay 32 camillas en los regimientos, 8 por batallón, y 24 en los de Artillería divisionaria; 32 en los de Artillería de

cuerpo de Ejército, y 2 por compañía de Ingenieros. El número de camilleros (músicos inclusive) es de 102 por regimiento de Infantería y 4 por batería ó compañía de Ingenieros. Cada tren regimental tiene: 8 carruajes para 4 heridos acostados, por regimiento de Infantería, y 4 de igual clase por grupo (3 baterías) de Artillería; estos carruajes no están afectos en su totalidad á los regimientos. Los de Caballería disponen del siguiente personal y material: 2 Médicos y 4 enfermeros por regimiento; un par de carteras de grupa por escuadrón; un cestón con curas, 2 carruajes ligeros de dos ruedas y uno de cuatro ruedas para la brigada de Caballería.

Dispone cada división de una sección de camilleros, y hay otra por cuerpo de Ejército, cuya composición es como sigue: un Médico jefe, otro de la escala activa, 2 Oficiales de Administración, uno de tren, 4 Médicos auxiliares, 152 camilleros; de éstos, 6 Suboficiales, 61 conductores de tren (5 Suboficiales) y 75 caballos ó mulos. Su material consiste en 2 carruajes médicos de un caballo con 386 curas cada uno, 6 carruajes, para heridos, de un caballo, 5 de dos caballos, 2 furgones de Sanidad, 2 idem de viveres, 2 porta-camillas, un furgón de utensilios y uno de cocina rodada.

La sección de camilleros de cuerpo de Ejército tiene afecta á su primer grupo una sección de higiene, compuesta de un Médico bacteriólogo, un Suboficial enfermero, 2 cabos y 24 desinfectores; y dotada del siguiente material: un pulverizador de desinfección, 2 evaporadores de formol, una caja de desinfectantes, un laboratorio portátil de microbiología, un lio con blusas

para desinfectores y una caja para análisis de aguas.

Hay 8 ambulancias por cuerpo de Ejército y una por cada división de Caballería, en primera línea, existiendo á retaguardia las ambulancias de Ejército, 8 por cada cuerpo de Ejército. Para el caso de que una ambulancia quede inmovilizada y convertida en hospital de campaña, existen 6 secciones de hospitalización (personal subalterno y material) por cuerpo de Ejército, y á retaguardia otras 6, formando parte del tren del Ejército. En una ambulancia existen un Médico jefe, un Médico mayor, 5 Médicos segundos, un Farmacéutico, 2 Oficiales de Administración, 2 Suboficiales, 4 cabos, 32 enfermeros, un Suboficial, una brigada y 10 conductores del tren; 5 furgones de sanidad con 2.148

curas, un arsenal quirúrgico, botiquín bien provisto, y material administrativo y un coche para el personal.

Las secciones de hospitalización tienen material para 100 camas, cura y medicamentos; y como medios de abrigo, tienda tortuga para 15 heridos acostados ó 30 sentados, tienda Tollet para 28 camas la grande y 14 la pequeña, tienda Herbet para 25 enfermos, barracas Doecker y barracas improvisadas, y disponen de 466 curas.

La ambulancia de división de Caballería es más ligera, y tiene 6 carruajes de dos ruedas para heridos y un furgón con 476 curas, en varios cestones, 2 cestones de medicamentos, una caja para fracturas, 8 camillas, material para camas y material accesorio.—*F. G. D.*

SECCIÓN OFICIAL

- 27 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 4) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Francisco Soler Garde, D. Eduardo Coll Sellarés y D. Antonio Martínez Carvajal, y [al Médico primero D. Victor Manuel Nogueras.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 5) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico primero D. Miguel Parrilla Bahamonde, y á los Médicos segundos D. Antonio Vallejo Nájera, D. Juan Nuevo Díez y D. Benigno Fernández Corredor Chicote.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 7) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. Paulino Fernández Maris-

cal; á los Médicos mayores D. Celestino Alemany Azuares, D. Félix Lázaro Muriel y D. Mariano Esteban Clavillar; á los Médicos primeros D. Paulino Fernández Martos, D. Eduardo Ramos Ordóñez y D. Armando Costa Tomás, y á los Médicos segundos D. Tomás López Mata y D. Pío Irigoyen Arruti.

30 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 231) disponiendo que el Médico primero D. Florencio Villa Pérez, de la Yeguada militar, pase destinado, en comisión, y sin causar baja en su destino de plantilla, á eventualidades del servicio en Málaga, verificando su incorporación con toda urgencia.

2 Enero—Real orden (*D. O.* núm. 1) destinando al Ministerio de la Guerra, en vacante de plantilla, al Médico primero D. Manuel González Jaraba.

» » Real orden (*D. O.* núm. 1) concediendo al Médico primero D. José Mañas Bernabeu, la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo, por su distinguido comportamiento y méritos contraídos en las distintas operaciones de campaña á que ha concurrido en Melilla desde el 9 de Septiembre último al 27 de Noviembre siguiente.

» » Real orden (*D. O.* núm. 1) concediendo al Médico mayor D. Cándido Navarro Vicente y al Médico segundo don Enrique Monereo Francés, las cruces de segunda y primera clase, respectivamente, del Mérito Militar, con distintivo rojo, por su distinguido comportamiento y méritos contraídos en la ocupación de las lomas de Talusit (Melilla), el 16 de Noviembre último, y operaciones hasta el fin de dicho mes.

» » Real orden (*D. O.* núm. 1) concediendo el empleo inmediato en propuesta ordinaria de ascensos, á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Casto López Brea y D. Estanislao Moreno de la Santa; á los Médicos mayores D. Fidel Lombana Sáez, D. Francisco Alfau Abreu, D. Daniel Palop Juan y D. Eustasio González Velasco; y á los Médicos primeros D. Francisco García Barsala; D. Miguel Manero Yanguas, D. Rafael Merino Lorenzo y D. Francisco Escapa Bravo.

2. Enero.....—Real orden (D. O. núm. 1) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á servir los destinos que se señalan, á los que se incorporarán con urgencia.

Médicos mayores: D. Antonio Martínez de Carvajal y Camino, del Hospital de Barcelona al de Lérida, como Director, en comisión, y sin causar baja en su destino de plantilla; D. Francisco Uguet y Lostao, del Hospital de la Coruña á situación de excedente en la primera Región y en comisión al Hospital de Alcalá de Henares, como Director, percibiendo el completo de su sueldo en activo por el capítulo correspondiente del presupuesto de este Ministerio; y D. Rafael Merino Lorenzo, ascendido por Real orden de esta fecha, del sexto Regimiento mixto de Ingenieros al Hospital de la Coruña.

Médico primero: D. Francisco Muñoz y Baeza, del Batallón Cazadores de Reus, 16, al sexto Regimiento mixto de Ingenieros.

Médico provisional: D. Luis Boada y Salieta, de eventualidades en la cuarta Región al Batallón Cazadores de Reus, 16, percibiendo sus haberes con cargo al capítulo 13, art. 2.º del presupuesto de este Ministerio.

» » Real orden (D. O. núm. 1) destinando á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase don José de Lacalle Sánchez, Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, al Médico mayor D. Miguel Manero Yanguas.

» » Real orden (D. O. núm. 1) disponiendo que el Médico mayor D. Enrique Redó Vignáu, de la asistencia al personal de este Ministerio, desempeñe igual cometido en el Consejo Supremo de Guerra y Marina, sin perjuicio de su destino de plantilla, hasta la incorporación del de igual clase, D. José Quintana Duque, que servía dicho destino, y que ha sido destinado en comisión á los hospitales de Melilla.

» » Real orden (D. O. núm. 1) disponiendo que el Jefe y Oficiales farmacéuticos del Cuerpo que á continuación se

expresan, pasen á servir en comisi3n los destinos que se se~alan, sin ser baja en los de plantilla, y verificando su incorporaci3n con toda urgencia :

Farmac3utico mayor, D. Wenceslao Carredano L3pez, del Hospital de Vitoria al de Melilla; Farmac3utico primero D. Adolfo Martinez L3pez, del Hospital de Burgos al de Vitoria, y Farmac3utico segundo D. Nicol3s Guti3rrez Garcia, del Laboratorio de M3laga al Hospital de Melilla.

2 Enero—Real orden (*D. O.* n3m. 8) aprobando y declarando indemnizable la comisi3n conferida al M3dico segundo D. Antonio Mall3n Vicario.

5 » » Real orden (*D. O.* n3m. 4) disponiendo que los Jefes y Oficiales que á continuaci3n se expresan pasen á servir los destinos que se se~alan:

Subinspectores M3dicos de primera clase: D. Casto L3pez Brea y Ortiz de Angulo, ascendido, de Secretario de la Inspecci3n de Sanidad militar de la cuarta Regi3n, al Hospital de Sevilla, como Director; y don Estanislao Moreno de la Santa y Navarro, ascendido, de asistencia al personal de Plana mayor de la Capitania general de la primera Regi3n, al Hospital de Algeciras, como Director.

Subinspectores M3dicos de segunda clase: D. Juan Ristoll y Canellas, del Hospital de Tarragona, á la Inspecci3n de Sanidad militar de la cuarta Regi3n, como Secretario; D. Emilio Hern3ndez de Tejada y Roncero, de asistencia al personal de Plana mayor de la Capitania general de la s3ptima Regi3n, á igual destino en la primera; D. Fidel Lombana y S3ez, ascendido, de la Maestranza de Artilleria de Sevilla, al Hospital de Granada y en comisi3n á los Hospitales de Melilla, efectuando su incorporaci3n con urgencia á dicha 3ltima plaza; D. Francisco Alfau y Abreu, ascendido, del Hospital de Sevilla, á situaci3n de excedente en la segunda Regi3n; D. Daniel Palop y Juan, ascendido, del Hospital de Zaragoza, á la asistencia al personal de Plana mayor de la Capitania general de la s3ptima Regi3n y Subinspecci3n; y D. Eustasio Gonz3lez y Velas-

co, ascendido, del Hospital de Cádiz, al de Tarragona, como Director.

Médicos mayores: D. Aurelio Salceda y Salceda, excedente en la primera Región, al Hospital de Cádiz; D. Ignacio Gato y Montero, excedente en la primera Región, á la Maestranza, Fábrica de Artillería y Pirotecnia militar de Sevilla; D. Francisco Maranges y del Valle, excedente en la primera Región, al Hospital de Barcelona; D. Francisco García y Barsala, ascendido, del primer Regimiento mixto de Ingenieros, al Hospital de Zaragoza; y D. Francisco Escapa y Bravo, ascendido, del Regimiento Infantería de Isabel II, núm. 32, al Hospital de Sevilla.

Médicos primeros: D. Daniel Ledo y Rodriguez, del Regimiento Cazadores de Victoria Eugenia, núm. 22, de Caballería, á situación de excedente en Ceuta y en comisión á la Inspección Sanitaria de Benzú (Ceuta), percibiendo el completo de su sueldo en activo por el capitulo correspondiente del presupuesto; D. Miguel Moreno y López, del Regimiento Infantería de Otumba, número 49, al Regimiento Cazadores de Victoria Eugenia, número 22, de Caballería, en comisión y sin causar baja en su destino de plantilla; D. Gustavo Prieto y Muñoz, excedente en Ceuta y en comisión en la Inspección sanitaria de Benzú, al primer Regimiento mixto de Ingenieros; y D. Luis Ruiz y Moso, del Regimiento Infantería de Bailén, núm. 24, al 13.º Regimiento montado de Artillería en comisión y sin causar baja en su destino de plantilla.

5 Enero—Real orden (*D. O.* núm. 4) destinando á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de primera clase D. José Chicoy Ferrer, Inspector de Sanidad militar de la cuarta Región, al Médico mayor D. Eduardo Coll Sellarés.

» » Real orden (*D. O.* núm. 4) destinando á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. Jaime Sanchez de la Presa, Inspector de Sanidad militar de la quinta Región, al médico mayor D. Enrique Solano Alemany.

» » Real orden (*D. O.* núm. 5) disponiendo que las prácticas

establecidas por la Real orden de 19 de Febrero de 1909 para Farmacéuticos, segundos de nuevo ingreso, las verifiquen los recientemente nombrados en la forma que previene la de 19 de Mayo de 1911; teniendo de duración desde el día 15 del corriente al 29 de Febrero próximo.

15 Enero.....—Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* núm. 6) concediendo la pensión anual de 1.250 pesetas á tres huérfanas solteras del Subinspector Médico de segunda clase, retirado, D. Román Rianza Sánchez.

18 » » » Real orden (*D. O.* núm. 6) desestimando instancia promovida por el Médico mayor D. Emilio Pacheco Fuentes en solicitud de indemnización por la comisión que desempeñó en el Hospital de Córdoba, con motivo de la reconcentración de enfermos procedentes de Melilla.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 6) desestimando instancia promovida por el Médico mayor D. Bartolomé Ramonell Miralles en súplica de indemnización por la comisión que desempeñó en el Hospital de Córdoba, con motivo de la reconcentración de enfermos procedentes de Melilla.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 7) aprobando el nuevo Nomenclátor de material sanitario para Hospitales militares, quedando sin efecto el que regía con arreglo á la Real orden circular de 9 de Octubre de 1908 (*C. L.* número 169).

9 » » Real orden (*D. O.* núm. 6) disponiendo que los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Diego Santiandreu Guillén, del primer grupo de Hospitales de Melilla, y D. Federico Parreño Ballesteros, Director del tercer grupo de dichos Hospitales, cambien respectivamente de destino.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 7) concediendo licencia para contraer matrimonio, al Médico primero D. Pedro Lombana Rañada.

10 » » Real orden (*D. O.* núm. 8) concediendo la gratificación anual de 600 pesetas, abonable desde 1.º del actual, al Subinspector Médico de primera clase D. Jerónimo Pérez Ortiz, Director de la Academia Médico-militar.