

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VI.

Madrid, 1 de Mayo de 1916.

Núm. 9.

SUMARIO

La cirugía de guerra en los hospitales de base y la evacuación de los heridos hacia éstos por **M. Temoín**.—*Estadística operatoria del Hospital Militar de Barcelona y notas clínicas (continuación)*, por el **Dr. Antonio Solduga**.—*Ateneo de Sanidad Militar: Sesión del 27 de Marzo de 1916*.—*Necrología: D. Ramón Ramos Herrera*.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica: Nuevo aparato de contención en la fractura de la mandíbula*.—*Cateterismo posterior*.—*Toxina de vibrión séptico y antitoxina correspondiente*.—*Vacunoterapia de la fiebre tifoidea*.—*Prensa militar-profesional: La aptitud militar de los cardíacos*.—*Bibliografía: El examen del líquido céfalo-raquídeo como medio diagnóstico y pronóstico en la meningitis aguda no tuberculosa*, por el Dr. José A. Palanca.—*A Pin el ajustador*, por Mario Gómez.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—*Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Mayo de 1916*.—*Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar*.

LA CIRUGÍA DE GUERRA EN LOS HOSPITALES DE BASE Y LA EVACUACIÓN DE LOS HERIDOS HACIA ÉSTOS

POR M. TEMOÍN

Por espacio de más de dos meses, he tenido á mi cargo unos ochocientos heridos en el Hospital provisional establecido en el Liceo, en el Civil de la ciudad y en mi Clínica particular. La variedad de heridas que he tenido que tratar, los resultados ya obtenidos, las complicaciones que he podido observar en las heridas de armas de fuego, me permiten formar juicio sobre lo que podemos obtener con nuestros actuales medios de terapéutica quirúrgica, y nos ofrecen una valiosa enseñanza acerca de las organizaciones sanitarias.

Las heridas que hemos tenido que tratar han sido producidas

EUMALT

(Extracto de malta purísimo.) Véase el anuncio de la última página verde frente al texto.

por los balines de shrapnell, por las balas de fusil ó por cascos de granada.

Las balas redondas de shrapnell, menos resistentes y no bien revestidas, son, por lo general, menos penetrantes. Si chocan sobre una superficie redondeada, producen una herida subcutánea de poca profundidad, y cuyos orificios de entrada y salida son de muy poco diámetro, y la herida es leve. Si, por el contrario, penetran en los tejidos, se detienen, por lo común, á corta distancia de la superficie, y como no son asépticas, forman, á los cuatro ó cinco días, con gran rapidez, un pequeño absceso apirético que revela su presencia y capacita al cirujano para extraerlas por una simple incisión. Estas balas pueden producir fracturas, pero con menor frecuencia que las de fusil.

Las balas cónicas de fusil, aunque poseen una fuerza penetrante considerable, no son temibles mientras toquen exclusivamente en partes blandas; su orificio de entrada es sumamente pequeño; el de salida es bastante mayor, con una ligera mancha rojiza, y esto es todo; una sencilla cura con tintura de yodo basta, y en pocos días, el herido entra en convalecencia. Si la bala no ha salido y ha seguido un largo y profundo trayecto, permaneciendo en los tejidos sin mostrar ningún signo de su presencia, como generalmente es aséptica, no formará absceso, y lo mejor es no tratar de encontrarla, pues se corre el riesgo de provocar la supuración en una herida que, sin esta exploración, hubiese curado en pocos días. Si la bala no produce molestias al paciente, puede dejarse hasta que el dolor indique la región en que se aloja, más ó menos alejada del orificio de entrada, y entonces la radioscopia ó la radiografía indicarán con precisión su lugar, y podrá el cirujano extraerla sin peligro por una operación aséptica.

Cuando las balas de fusil, en lugar de atravesar partes blandas, penetran en cavidades, su acción es á menudo muy benigna. En diez de mis heridos, el tronco había sido atravesado; en unos, cerca de la base del pulmón; en otros, hacia la parte superior; todos curaron prontamente. Estos pacientes tuvieron, por espacio de varios días, expectoración sanguinolenta, pero no elevación en la temperatura; luego desaparecieron estos síntomas. La dificultad

EUMALT

(Extracto de malta purísimo.) Véase el anuncio de la última página verde frente al texto.

en la inspiración cedió gradualmente, y al cabo de un mes podían dejar el hospital como convalecientes, sin necesitar otro tratamiento que un período de descanso.

Si, á pesar de todo, la dificultad en la respiración persiste; si el decaimiento aumenta y la temperatura se eleva, será necesario intervenir é intervenir prontamente. Se tratará de una efusión de sangre, por lo común considerable y casi de seguro infectada, que puede traer consecuencias análogas á las de la pleuritis pútrida. La extracción del pus con pleno desagüe, seguida de lavados para sacar los coágulos putrefactos, conduce á una rápida curación.

Tres de mis heridos sufrieron estas efusiones en gran cantidad y muy fétidas, pero todos tres están hoy en convalecencia.

Heridas graves del abdomen, producidas por balas ó por cascos de granada, entran muy pocas en los hospitales de base; requieren una pronta intervención y, por consecuencia, son tratados por los cirujanos que actúan más cerca de la línea de fuego. Pero lo mismo que sucede con el pulmón, una bala puede atravesar el abdomen sin causar el daño que es siempre de temer. Asistí á un General que traía atravesado el abdomen oblicuamente cerca del ombligo, sin que sufriese ninguna otra herida, y diez días después de la llegada fué alta como convaleciente.

Mucho más serias son, en general, las heridas producidas por los cascos de los proyectiles, y lo son, primeramente, porque las heridas son múltiples, y en segundo lugar, porque si la explosión ha sido á corta distancia, los fragmentos poseen mucha fuerza de penetración, y, por último, porque los trozos suelen ser grandes y producir heridas de gran extensión. Estas heridas, ó presentan muchos tejidos lacerados ó grandes superficies abiertas; en uno y otro caso, las curas individuales son insuficientes, por lo que resultan infectadas y dan lugar á complicaciones sépticas. Por este motivo, en tales heridas, enormes é infectadas, es donde se encuentran tejidos inflamados y gangrena gaseosa y son las más expuestas á complicaciones, y sobre todo, á la más temible: el tétanos.

Cuando las heridas son en los miembros superiores ó inferiores, ya sean producidas por balas de fusil, balines de shrapnell ó cascos de granada, el efecto más frecuente es una fractura conminu-

ta, siempre complicada con dislaceraciones mayores ó menores en las partes blandas, y en algunos casos son tan serias que se impone la idea de la amputación.

Pero hay que tener siempre muy presente que las mutilaciones quirúrgicas deben evitarse todo lo posible. A pesar de los desórdenes producidos, á pesar de la apariencia lamentable de los tejidos lacerados; á pesar de los huesos fracturados en varias partes y que salen fuera de las heridas, y hasta á pesar de las súplicas de los mismos pacientes que para terminar sus sufrimientos piden la amputación, gracias á los medios que hoy poseemos, la cirugía conservadora da tan satisfactorios resultados, que nuestro ineludible deber es resistir y rehusar el efectuar toda amputación á la llegada de los heridos al hospital.

Seguramente, alguno que otro herido podrá resultar víctima de este aplazamiento, pero la casi totalidad sacará de ella tanto provecho, que no es permitido dudar de su conveniencia, y que sólo debemos sacrificar un miembro cuando sus condiciones locales muestren muy claramente la absoluta imposibilidad de su conservación, ó en el caso de que una septicemia general haga necesario extirpar su foco.

Sólo en este último caso se debe operar lo más pronto posible, y, como Mr. Rochas ha dicho en la Sociedad de Cirugía, únicamente la experiencia del cirujano puede resolver el problema en cada caso. Pero, por esta misma razón, es muy necesario que el cirujano jefe que ha de resolver *sea verdaderamente cirujano*.

Casi todas las fracturas, aun cuando sean muy complicadas, vienen á consolidarse y reunirse perfectamente; para que se verifique así, son necesarias dos condiciones: la desinfección eficaz de las heridas y la perfecta inmovilidad del miembro cuanto antes se pueda; esta inmediata y completa inmovilización me parece indispensable para obtener una curación rápida. Para esto es preciso colocar en su sitio los fragmentos de hueso de modo que no puedan separarse, y cuanto mejor se haga, más aprovecharán cada cura efectuada en los bordes de la herida. La supuración cesará más pronto, el padecimiento del sujeto será menor y no se renovará en cada cura, y la fractura tendrá más probabilidad de consolidar.

Yo he tratado así 37 fracturas complicadas del húmero, 35 también complicadas de la pierna y 27 del fémur, y he perdido sólo un paciente que había sido operado y que tenía tétanos.

Las fracturas de brazos y piernas, inmediatamente de su entrada, son tratadas por medio de apósitos escayolados, teniendo cuidado de dejar aberturas suficientes para efectuar bien las curas, bastante extensas para abarcar el orificio de salida ó cuando se trata de las producidas por cascós.

En las fracturas del fémur, el mejor aparato me parece el de Tollaux, porque causa sólo ligera incomodidad al paciente, deja libre toda la región abierta y permite curar con menor movimiento, y, por tanto, con menor dolor.

Lo que es esencialmente importante en las fracturas es respetar la herida y no sondarla, y ante todo, al principio no introducir en la herida ni los dedos ni los instrumentos, para determinar su importancia ó para buscar los cuerpos extraños. Simples apósitos, que no hagan esfuerzo para juntar los labios de la herida, deben constituir todo el aparato quirúrgico durante los primeros días.

La mayor parte de mis heridos están ya curados ó en camino de serlo. Si ciertas fracturas no se unen, habrá tiempo después de la cicatrización de las partes blandas, cuando todo peligro de infección haya desaparecido, para corregir esta falsa consolidación por medio de una operación reguladora.

Las fracturas del cráneo con depresión forzada del hueso son también frecuentes; la intervención en estos casos debe ser muy inmediata, antes de que la infección, por lo común ya iniciada y debida al cabello, alcance á las partes profundas y determine la meningitis ó flebitis de los senos.

Las trepanaciones hechas en el período primitivo dan resultados excelentes. Cuatro veces he tenido que operar heridos, cuya condición era sumamente grave (semicoma, confusión mental, afasia, hemiplejia), y todos cuatro han sido perfectamente curados, aun después de una pérdida notable de substancia cerebral. Me parece que estas fracturas producidas por proyectiles curan mucho más rápidamente después de la trepanación y ablación de la esquirla ó fragmento óseo, que aquellas que vemos en nuestra práctica corriente civil, y que son casi siempre producidas por una caída sobre la cabeza y con heridas más difusas y más lejanas del lugar de la fractura, con fuertísimo shock, á las que el cirujano rara vez puede dominar.

Si las heridas de guerra son serias por sus consecuencias inmediatas, lo son todavía más por sus complicaciones, alguna de las

cuales forman un capítulo, nuevo casi, de la práctica quirúrgica. Algunas heridas están infectadas totalmente: flemones, gangrena gaseosa, septicemia aguda se presentan, y con la terrible particularidad de que su desarrollo es tan rápido, que toda intervención es excusada. Otras heridas, y precisamente sobre éstas deseo llamar la atención, resultan de lesiones recibidas por los vasos, y provocan hemorragias secundarias de extrema gravedad, sin hacer mención de los aneurismas arteriales ó arterio-venosos, de los cuales he tenido seis casos con cinco curaciones. El que perdí había sido operado en el Hospital militar, y no en mi Clínica.

Estas hemorragias se producen de dos modos: unas veces son las comunes en las heridas, caracterizadas por un chorro de sangre que empapa el vendaje y la cama; esta hemorragia secundaria puede ser cortada inmediatamente por la ligadura del vaso, por la aplicación de pinzas, ó haciendo la ligadura de la arteria principal á cierta distancia.

Otras veces, la hemorragia se produce con síntomas completamente distintos y que merecen una atención particular. Esta se ocasiona de la manera siguiente: El paciente es traído al hospital; ha recibido en el brazo, en el fémur, en la pierna ó en el cuello, una bala ó un pequeño fragmento de granada, que ha penetrado y las más de las veces no ha salido, y que puede ó no haber producido fractura. La herida es de las que deben curar en pocos días y todo parece confirmar este pronóstico. Pero pasan cuatro, cinco, ocho ó diez días, y el paciente sufre dolores en el miembro herido, se eleva su temperatura, la piel se estira, el dolor se hace intolerable y exaspera al paciente, y el miembro herido queda en completa impotencia. En el examen, la primera idea es que se ha formado un absceso profundo y que puede ser evacuado por una simple incisión; pero, hecha la incisión, en vez de salir pus, sale un violento burbujeo de olor muy fétido, acompañado al final de trozos de tejido en descomposición. La abundancia de la secreción es considerable, y ha aflojado todas las partes blandas, dejando el miembro completamente distendido. Si no se abre, se produce la gangrena del miembro por efecto de la compresión que ejerce; una gangrena extremadamente séptica contra la cual no triunfa siempre la amputación.

Si se abre, el paciente tiene un alivio inmediato, pero el mismo día ó en la noche se presenta una hemorragia (si no lo hace en el

momento de la abertura), una hemorragia terrible que puede matar al paciente. He visto cierto número de fallecimientos por esta causa.

El cirujano debe, pues, en vista de la posibilidad de este caso, cuando se le presenta un miembro uniformemente aumentado de volumen, con dolor intolerable, sin fuerza en las extremidades (lo que nunca acontece con un absceso ó flemón profundo) pensar que está en presencia de un verdadero aneurisma difuso y que un vaso importante está sangrando sobre los tejidos, y que, por tanto, la intervención es urgente. La única acción en tales casos es practicar la hemostasia preventiva por encima de la lesión, abrir la bolsa y limpiarla, por muy grande que sea; denudar el vaso y ligarlo por encima y debajo de la herida. Si el vaso no riega cuando la sangre está detenida, el cirujano no tiene que hacer otra cosa que suprimir la hemostasia y ver el vaso que sangra.

Diez y ocho veces he tenido que intervenir en estas condiciones; excepto mi primer paciente, que perdí y que tenía gangrenado todo el miembro á continuación de la hemorragia, todos los demás están curados ó en convalecencia. En estas intervenciones he tenido que ligar la arteria carótida primitiva; la carótida externa; tres veces la axilar y la humeral por el cuarto superior; tres veces he hecho ligaduras de la humeral en la flexura del codo; tres veces la femoral en la de la ingle; una la femoral en el canal de Hunter; dos la poplítea y una la tibial anterior.

La cirugía de guerra que se practica en los hospitales de base y en los provisionales de retaguardia, ofrece una variedad extremada, y el cirujano que en ellos ejerce se encuentra á menudo frente á dilemas difíciles de solucionar y debe estar dispuesto para toda clase de operaciones de esta índole; la cirugía de las fracturas complicadas, la torácica, la de los vasos sanguíneos, la craneal. Sobre su potencia científica y su decisión, reposa el porvenir de los heridos que se le confían.

Felizmente, los resultados obtenidos hoy son muy á propósito para dar ánimo; la mortalidad en nuestros casos sería casi nula sin las complicaciones, pocas á la verdad en número, de la septicemia, y especialmente del tétanos.

Pero es preciso para obtener estos resultados favorables tener en cuenta que es de la mayor importancia que las formaciones sanitarias posean, tanto en personal como en instalación, todo

lo que es indispensable para una buena cirugía. También es muy importante que los individuos víctimas de heridas graves sean enviados exclusivamente á establecimientos en que puedan recibir todos los cuidados que requieren, porque, como dice Mr. Rochard, no existe realmente una cirugía especial para las heridas de guerra ni una cirugía de guerra, sino únicamente una cirugía única, que tiene sus exigencias.

Por eso, la selección de los heridos es de importancia capital. Un herido cuya lesión requiere cuidados delicados, no debe ser dirigido ni conservado en un hospital central, donde no puede recibir la atención y asistencia que su caso necesita; esta indispensable selección de heridos no presenta dificultades insuperables; puede efectuarse en el tren, y colocar á cada herido prendida en su vestido una tarjeta, cuyo color señale su mayor ó menor gravedad; esto permitiría una rápida selección al llegar á un centro y el designar al hospital á que debe ser dirigido según su herida.

De este modo podrían evitarse muchas pérdidas de vidas y muchas mutilaciones que, á pesar de todas las precauciones, no pueden evitar los médicos que no tienen suficiente práctica quirúrgica, ó no disponen de una instalación y un material absolutamente indispensables para estos casos de gravedad.

Por la traducción,

J. P.

Estadística operatoria del Hospital Militar de Barcelona

Y NOTAS CLÍNICAS (1)

(CONTINUACIÓN)

La carencia de este dato positivo, á pesar de las referencias del enfermo, hizo que no pudiera sentarse en firme el diagnóstico de haber convertido en interna una estrangulación externa, si bien se imponía la laparotomía.

Abierto el vientre con la laparotomía mediana infraumbilical,

(1) Véanse los números 18 y 22 de 1915 y 1, 3, 6 y 7 del año actual.

nos encontramos que las asas del intestino delgado estaban bastante distendidas, hasta llegar á un punto (entre la región hipogástrica y la fosa ilíaca derecha) en que una de estas asas intestinales se metía en una especie de rodete ó anillo, existiendo en el cuello del mismo otra asa del intestino delgado vacía; con estos datos á la vista, el diagnóstico se imponía. Efectivamente, desbridado el anillo estrangulador y librada el asa intestinal, pudo verse que dicha asa estaba encarcelada dentro de un saco subperitoneal, que no podía ser otro que el saco inguinal, que había reducido en masa el enfermo al practicarse por sí mismo la taxis.

Hace unos seis años ingresó en el Hospital del Sagrado Corazón, de esta ciudad, un enfermo de unos sesenta años de edad, manifestando que hacía muchísimo tiempo que estaba herniado de la ingle derecha, por cuyo motivo no se quitaba el braguero más que para dormir, y que seis días antes, á consecuencia de un esfuerzo, sintió dolor vivo en la ingle derecha, y que examinándose él mismo, vió que la hernia había descendido al escroto; trató de reducirla, y lo consiguió; pero, á pesar de esto, continuaron los dolores, después vómitos, notando que se le hinchaba el vientre; llamó á su médico, y éste encontró que la hernia había descendido nuevamente á la bolsa escrotal, y acto seguido le practicó una sesión de taxis; conseguida la reducción, recomendó reposo al enfermo, y asegurándole, á pesar de advertirle el enfermo que antes él por sí mismo había obtenido el mismo resultado, que todo peligro había desaparecido. A pesar de tan buenos deseos, el enfermo siguió con dolores, vómitos é imposibilidad de defecar. Pocos días después, llamado en consulta otro compañero, acordaron que procedía hacer una operación, lo cual motivó su ingreso en el Sagrado Corazón.

El estado de este enfermo cuando nosotros lo examinamos era bastante alarmante. Cara gripal, vómitos fecaloideos, pulso á 115, temperatura 36°,8, respiración superficial y frecuente, sensorio íntegro, vientre meteorizado hacía seis días, ó sea desde que empezó á sentir el dolor en la fosa ilíaca derecha; no había expulsado ni gases ni líquidos por el recto; en la región inguinal derecha existía una hernia, que con pocas dificultades se reducía, pero que una vez reducida, tactando el trayecto inguinal se apreciaba que éste estaba acortado, y con la punta del dedo se tocaba una masa de forma esférica, algo dura pero elástica, y en este momento el enfermo aquejaba dolor. Operado el mismo día por el Dr. Cardenal,

con la maestría que todos reconocemos, se encontró que se trataba de una hernia inguinal con saco doble, uno escrotal y otro subperitoneal, y, por tanto, con un cuello común, radicando la estrangulación únicamente en el cuello del saco subperitoneal, y quedando libre el escrotal, lo cual explica la relativa facilidad con que por medio de la taxis se obtenía la reducción de la hernia, al parecer estrangulada.

El día 19 de Enero del año 1914 ingresó en la sala de Santa María del Hospital de la Santa Cruz, pasando á ocupar la cama número 14, Ramón Torrente, militar retirado, de cincuenta y ocho años de edad, casado y natural de Manila, manifestando que hacía ocho meses, al ir á levantar un peso, sintió dolor y malestar en la fosa ilíaca derecha; y como seguía encontrándose mal, dejó el trabajo y se retiró á su casa, en cuyo sitio se desabrochó el pantalón, notando en la ingle del lado derecho la existencia de un bulto del tamaño de un huevo de gallina, y habiéndosele dicho después que padecía una hernia, se puso braguero. El día 18 del mismo mes y año, estando en la calle paseando, tuvo un acceso de tos y sintió un dolor fuerte, muy vivo é intenso, en la región herniada y en el epigastrio, que le obligó á penetrar en una farmacia próxima; y tan mal se sentía, que en una camilla lo trasladaron al Dispensario de la calle de Sepúlveda, en donde le hicieron la taxis por espacio de media hora, sin resultado, y, en su vista, fué conducido al Hospital de la Santa Cruz.

Examinado este enfermo, presentaba en la región inguino-escrotal derecha una tumoración de forma ovoidea, que ocupaba toda la bolsa escrotal, de tamaño mayor que el de un puño, pediculado hacia la región inguinal, doloroso espontáneamente á la palpación, resistente, con sonido mate á la percusión, y que no aumentaba de volumen por la acción de la prensa abdominal, aeu-sando vómitos desde el principio de la estrangulación, sin hacer deposición alguna, aunque podía expeler gases.

Operado el mismo día de su ingreso por el Dr. Ribas, y abierto el saco, nos encontramos con una hernia epiploica, que no ofrecía otra particularidad que la de haber encontrado sangre en bastante cantidad en el interior del saco, siendo seguramente la causante de esta hemorragia los esfuerzos producidos por la taxis. Además, el omento gastro-cólico estaba íntimamente adherido con las paredes del saco; y estas adherencias, indicadoras de la peritonitis

plástica adhesiva del saco herniario y del epiplón, eran antecesoras á la estrangulación, demostrándolo el hecho de que al separarlas costó bastante trabajo, debido á que estaban formadas por tejido conjuntivo fibroso, y, por lo tanto, que databan de largo tiempo, puesto que cuando se trata de adherencias recientes éstas son blandas, sin consistencia y fácilmente desplegadas, no necesitando para ello ni aun siquiera hacer uso de una disección obtusa. De manera que no creo que á nadie lícitamente le pueda asaltar la sospecha de que dichas adherencias se fraguaran á consecuencia de la estrangulación; resultando, por tanto, que esta hernia, antes de estrangularse, era ya por lo menos parcialmente irreducible; y, siendo así, era materialmente imposible obtener una taxis fructuosa, pues ignoro que haya nadie que con este procedimiento se considere con habilidad bastante para separar estas adherencias sin gravísimo daño para el enfermo. Es más; creo que el intentarlo sería un absurdo.

Las consecuencias que pueden deducirse de la relación de esta historia clínica son, en mi concepto, altamente importantes y demostrativas de lo impropio de la taxis. En primer término, con la práctica de la misma se han producido contusiones que han determinado roturas vasculares, con la consiguiente hemorragia; y gracias que en este caso se trataba de un epiplocele; que de haber sido una hernia del intestino, la contusión de las paredes del mismo es más grave; y en las estrangulaciones medianamente apretadas, en las que el intestino está más fuertemente congestionado, las roturas vasculares de la pared intestinal son mucho más serias, no por el hecho de la hemorragia, que tal vez hubiese sido mayor, sino por la alteración de la textura de la pared del intestino, bastante alterada ya por el hecho de la estrangulación.

No siendo mi objeto otro que llamar la atención acerca de los peligros inherentes á la taxis y de las complicaciones que he visto sobrevenir en algunos enfermos, que padeciendo hernias estranguladas se les ha practicado este procedimiento de reducción; aunque no sea este el momento más á propósito de ocuparme en tan corto trabajo de los diversos mecanismos de las falsas reducciones, por no poder aportar casos prácticos, no quiero dejar de mencionar, aunque sea ligeramente, aquellos hechos que citan todos los autores de patología, en los cuales la taxis se ha hecho de un modo tan brutal, que ha determinado la rotura ó rasgadura del

cuello del saco estrangulador, obteniéndose una falsa reducción.

Cítanse casos también de herniados del conducto inguinal con sacos dobles, uno intrainguinal ó inguino-eserotol, y otro properitoneal ó intersticial, en los que, radicando la estrangulación en el cuello del saco común á ambos, la taxis no reintroduce la víscera herniada al interior de la cavidad ventral, sino que lo hace al interior del saco pro ó subperitoneal ó intersticial, con lo cual se comprende fácilmente bien que la estrangulación continúa, aunque aparentemente se cree haber conseguido una verdadera reducción.

Las observaciones clínicas apuntadas anteriormente son bastante demostrativas, en mi concepto, aparte de otras muchas que he visto, y no describo y detallo para no alargar más este trabajo; pero ellas me permiten poder sentar las siguientes conclusiones:

1.^a Que por la taxis, la inmensa mayoría de las veces no se consigue reintroducir la víscera herniada y estrangulada.

2.^a Que en las hernias estranguladas, la taxis, aun siendo fructuosa, puede causar la muerte del enfermo, y cuando no es fructuosa hace perder el tiempo.

3.^a La taxis fructuosa y sin complicaciones no resuelve más que el accidente estrangulación; en cambio, con la herniotomía se combate el accidente, y haciendo cura radical se evitan las recidivas.

4.^a En las hernias estranguladas debe hacerse siempre la que-
lotomía, estando permitido únicamente hacer la taxis cuando las condiciones de medio y lugar que rodean al práctico no consientan hacer una intervención cruenta.

Siguiendo el orden cronológico de la división ó cuadro sinóptico que se ha hecho de este trabajo estadístico, después de los comentarios que se acaban de hacer á las operaciones practicadas en la región inguino-crural, inmediatamente después figuran las intervenciones practicadas en el aparato génito-urinario, que en conjunto suman veintidós, sin que ninguna observación ni consideración de interés ofrezcan los procesos ó padecimientos que han obligado á ser intervenidos, así como tampoco puede anotarse nada digno de mención en la técnica seguida, la cual ha sido la comúnmente empleada en estos casos. Nada de particular se puede consignar tampoco en las catorce operaciones que figuran en el cuadro estadístico con el epígrafe de «sistema óseo»; no así en el que le

sigue con la denominación de «trepanaciones», entre las cuales figuran seis antriaticotomías consecutivas á otitis medias supuradas con infección del antro y ático, y una de ellas acompañada de absceso cerebral; y por ser de una importancia clínica extraordinaria la historia de este último enfermo, no tan sólo desde el punto de vista de la rareza de los abscesos cerebrales, si que también del diagnóstico, y principalmente de la curación relativamente rápida obtenida, me permito publicar íntegra la historia, curso post-operatorio y resultado del mismo.

José Zaragoza Creciente, soldado del primer Regimiento de Montaña, de veintidós años de edad, soltero, temperamento linfático-nervioso.

Antecedentes hereditarios.—Refiere que su padre padeció, durante muchos años, del oído derecho.

Antecedentes patológicos individuales.—Manifiesta que á la edad de once años tuvo una pulmonía; á los catorce le practicaron la talla hipogástrica, extrayéndole cuatro cálculos de la vejiga, y que desde hace tres años viene padeciendo del oído derecho, sintiendo de cuando en cuando dolores en dicho oído, con supuración abundante, lo que ha motivado consultara con varios médicos, sin encontrar alivio, á pesar de los diferentes tratamientos á que ha sido sometido. El día 10 de Enero de 1915 fué llamado á filas, y se incorporó al primer Regimiento de Montaña, y el 15 de Febrero del mismo año ingresó en la Clínica de Cirugía (á mi cargo), del Hospital militar de Barcelona.

Estado á su ingreso en la Clínica.—Individuo alto, de color pálido, delgado, ligeramente desnutrido, aquejando molestias en el oído derecho y supuración abundante en el mismo, extremos que se confirman al examinar la región, siendo la supuración, además de abundante, fétida; y á pesar de secar cuidadosamente con torundas de algodón esterilizado el conducto auditivo externo, se hace difícil el examen otoscópico, pudiendo por fin apreciar, con este medio de exploración, grande perforación de la membrana timpánica en su cuadrante inferior. Aqueja además zumbidos, y se nota sordera bastante pronunciada y ligero dolor espontáneo en la fosa temporal del mismo lado, dolor que no aumenta á la presión y percusión. Temperatura, 36°,8. Pulsaciones, 80 por minuto.

Diagnóstico.—Otitis derecha media supurada.

Tratamiento.—Cada cuatro horas, de cinco á seis gotas de una

solución caliente de glicerina con ácido fénico al 1 por 100. Nada de lavados del conducto auditivo; y de visita á visita, limpieza del oído enfermo con torundas de algodón esterilizado.

A beneficio de este tratamiento el enfermo experimentó una notable mejoría, desapareciendo los zumbidos, el ligero dolor de la fosa temporal, y disminuyó considerablemente la supuración.

En la visita de la mañana del día 2 de Marzo se queja el enfermo de vivos dolores en el oído derecho; cefalalgia intensa, ligero dolor á la percusión en la mastoides, no revelando nada de especial el examen otoscópico. Temperatura, 36°,7. Pulsaciones, 78. Inapetencia y saburra gástrica. Sigue el mismo tratamiento; y además, revulsión de la mastoides con la tintura de yodo, y administración de un purgante salino. A beneficio de este tratamiento mejora rápidamente, persistiendo la supuración del oído.

En la visita del día 12, el sanitario de guardia de la Sala me pone en conocimiento que el enfermo de referencia, durante la noche anterior, ha tenido vómitos, quejándose á gritos de dolor de cabeza, sin que haya podido conciliar el sueño y sin dejar dormir á los enfermos vecinos. En la visita de este día aqueja cefalalgia muy intensa, localizada en todo el hemicráneo derecho, región frontal, parietal, temporal y occipital; no existe rubicundez, tumefacción ni empastamiento de la mastoides, ni es dolorosa á la presión y percusión, así como tampoco estos medios de exploración (presión y percusión) aumentan el dolor en las diferentes regiones craneales antes mencionadas; pupilas ligeramente dilatadas, reaccionando bien á la acción de la luz. Pulso á 75, igual, regular y tenso. Temperatura, 36°,6; sin vértigos, nistagmus, ni alteraciones del equilibrio.

Durante los días 13, 14 y 15 sigue el mismo cuadro sintomático; y además, desasosiego, vómitos más frecuentes, edema de la papila del ojo derecho, con un ataque de convulsiones generales y ligera paresia del brazo izquierdo el día 14, y notando ligero empastamiento de la mastoides el día 15. En vista de este nuevo síndrome, creo en la existencia de una complicación cerebral séptica, y hago el diagnóstico de «absceso cerebral».

El 16 por la mañana se le opera, practicándole la antro-aticotomía, ú operación de Itacke; al desconchar con el escoplo y la gubia la primera capa de la pared externa y el antro, pudo notarse en las mismas la existencia de algunas gotas de pus, sin

que se encontrara la menor cantidad de este líquido, ni en el antro, ni en el aditus, ni en el ático; en cambio, la mucosa de estas tres regiones estaba fungosa; fungosidades que se rasparon con la cucharilla. Como se comprende, estas lesiones que encontré en el acto operatorio, en el oído medio, no explicaban el síndrome que presentaba el enfermo los últimos días 13, 14 y 15 de Marzo; y, por tanto, esto venía á confirmar y corroborar más la existencia de una complicación endocraneana, probablemente cerebral; pero como una vez hecha la operación de Itacke, con vaciamiento completo de la mastoides, no pudo hacer constar en la pared superior del antro-aditus y ático la existencia de necrosis, ó de algún trayecto que comunicara con la cavidad craneal, atacué con el escoplo la fosa temporal, hasta tres centímetros por encima de la raíz horizontal de la apófisis zigomática (línea temporal), resecaando una sección de tres centímetros de altura por dos centímetros de ancho de la escama del temporal, sin que pudiera apreciar en la duramadre ninguna lesión; percibiéndose perfectamente bien el latido cerebral, sin cambio de coloración, fungosidades, adherencias ni engrosamientos, así como tampoco ningún foco de osteitis en la porción escamosa del temporal. En vista de estos datos negativos, no creí prudente incindir las meninges ni puncionar el cerebro, en busca del absceso diagnosticado. Entonces volví otra vez con el escoplo á descamar ó resecar algo más la pared superoposterior del antro y superior del aditus y ático, y á los primeros golpes salieron dos ó tres gotas de pus, pudiendo apreciar en seguida necrosis de la parte más interna del tegmen-antri y tegmen-timpani; resequé dicha pared, pudiendo meter una sonda acanalada primero, y después la sonda de Kocher, saliendo una oleada de pus cada vez que retiraba dichos instrumentos; los cuales, al ser introducidos de nuevo, seguían una dirección de abajo arriba y un poco de fuera adentro. La sonda de Kocher la introduje cuatro veces suavemente, sin presión de ningún género, puesto que por sí sola se metía en la dirección antes citada, entrando en el interior de la cavidad craneal unos siete ú ocho centímetros; y cada vez, al ser retirada, salía una nueva oleada de pus cremoso. La cantidad de pus que salió del interior de la cavidad craneal la evalué entre treinta y cuarenta gramos. Evacuado el absceso, lo drené con un tubo y tiras de gasa alrededor del mismo; drené el antro con otro tubo de goma que hice pasar por el conducto audi-

tivo membranoso al exterior; además pequeñas torundas de gasa en el antro y ático; un punto de sutura en el ángulo superior de la herida de los tejidos blandos pericraneanos, y por encima compresas con el vendaje consiguiente.

Y ahora cabe preguntar: El pus que manaba por el trayecto fistuloso, á través del tegmen-antri y tegmen-timpani, por necrosis y resección de esta pared, ¿provenía de un absceso extracraneal de una meningitis supurada enquistada, ó de un absceso cerebral del lóbulo tèmpero-esfenoidal? Cualesquiera que sean los argumentos que puedan aducirse en pro ó en contra del sitio de la localización del absceso intracraneal, tomando como base de raciocinio, y teniendo en cuenta, como es natural, la otitis crónica, que desde tres años viene padeciendo este enfermo, su evolución y complicaciones en el último período, no creo puedan hallarse elementos de juicio diagnóstico indiscutibles, para, en vista de los mismos, poder fijar anatómicamente el sitio preciso de localización del absceso, ó sea, si este es subdural, meníngeo, ó intracerebral; lo que creo indudable es que, en vista de dichos elementos de juicio aportados por la historia clínica de este enfermo, tanto los especialistas, como los cirujanos que tienen costumbre de intervenir en procesos supurados de la mastoides, deducirán que, á pesar de la infección del antro-mastoideo y de la caja, existen otras complicaciones, deducidas del cuadro sindrómico, que se presentaron en este enfermo los días 13, 14 y 15 del mes de Marzo, y dan motivo para hacer sospechar una supuración intracraneal; pero tengo para mí que, por encima de todas las elucubraciones de diagnóstico diferencial para fijar el sitio preciso del absceso intracraneal, el dato de haber introducido 7 ú 8 centímetros la sonda de Kocher el día de la operación, y la longitud de tubo de drenaje en las curaciones de los días sucesivos, en la dirección de abajo arriba, me hace creer que no existe ningún absceso extradural que pueda despegar la dura de la base del cráneo, donde tan fuertes ataduras tiene; sobre todo, en el borde posterior de las alas menores del esfenoides y en el borde superior del peñasco, que limitan por delante la fosa tèmpero-esfenoidal, hasta el punto de poder permitir levantarla con la sonda de Kocher en la extensión antes dicha. Por todo lo cual, creo que se ha tratado de un absceso extradural, con meningitis plástica adhesiva y de absceso intracerebral del lóbulo tèmpero-esfenoidal, en comunicación con el primero, constituyendo la

clase de abscesos que se conocen con el nombre de «abscesos en alforja ó en botón de camisa».

Curso post-operatorio.—Los tres primeros días siguientes á la operación el enfermo se encontró bien; desapareció la cefalalgia, vómitos, desasosiego, intranquilidad, pudiendo conciliar el sueño, que fué tranquilo, tolerando bien la alimentación, y sin diferencias en el pulso y temperatura. Al cuarto día se queja de dolor frontal; dolor que ha persistido por espacio de seis días, desapareciendo paulatina y gradualmente. En cuanto á la herida, nada de particular se ha observado; el tubo y tiras de gasa drenaban bien el absceso, cambiándose cada dos días la cura, la cual, en los primeros días, salía bastante manchada de pus; supuración que ha ido disminuyendo paulatinamente, formándose granulaciones sanas; la herida fué reduciéndose y cicatrizando poco á poco, como es natural, por segunda intención, y quedando completamente curada ó cicatrizada el día 18 de Mayo; y habiendo desaparecido por completo todo síndrome cerebral, se le dió de alta en esta Clínica dicho día, con la nota de curado.

DR. ANTONIO SOLDUGA,

Subinspector Médico de 2.^o

(Continuará.)

ATENEO DE SANIDAD MILITAR

Extracto de la sesión celebrada el día 27 de Marzo de 1916.

Abierta la sesión por el Presidente, Sr. Fernández Garrido, y puesta á discusión la comunicación del Sr. García Sierra, es concedida la palabra al Sr. *Relimpio*, el cual ensalza la brillantísima labor realizada por el comunicante, cuyo trabajo representa para el Ejército la solución de un problema que entraña máxima trascendencia, si con su discusión se llegase á la realización de conclusiones precisas y definitivas; se lamenta de que al estudiar las estadísticas no lo haya hecho comentando algunas otras cifras, que seguramente hubieran servido para deducir otras conclusiones, á más de las expuestas y de indudable importancia también, en la resolución del problema tuberculoso.

Hace referencia al gran número de bronquíticos, cardíacos y consecutivos á gripe ó influenza que anualmente son dados por inútiles, exponiendo á la consideración del Ateneo si es posible que en individuos de veintiuno y veintidós años se presenten esas lesiones esencialmente, sin ser otra la causa que las origine, y, por lo tanto, la verdadera causante de su inutilidad; pues aun admitiendo que muchas cardiopatías se despierten con las primeras fatigas de la vida militar, y otras sean consecutivas á determinadas enfermedades agudas, supone que entre aquellas cifras habrá incluídos muchos palpitanes que nunca debieron ser considerados como tales; y en cuanto á las cifras por bronquitis y griposos, las somete al juicio de los oyentes, considerando si lo que siempre ha sido patrimonio de la edad propecta, cabe suponerlo asentando en sujetos en los que precisamente nadie reconoce esas formas esenciales, sino como manifestación de algo más grave que mina su organismo; que, en su sentir, ello es debido á la falta de un criterio único, al no basar éste única y exclusivamente en una estimación verdaderamente racional de los primeros síntomas para establecer con rapidez el diagnóstico prematuro de la tuberculosis pulmonar, y que por lo mismo que es digno de llamar la atención la marcha y evolución rapidísima con que se desenvuelve la enfermedad en el soldado, es de más trascendencia y de necesidad más absoluta su temprano descubrimiento; porque la escasez de síntomas del principio, la inconstancia de unos y la vaguedad de otros, tienen que obrar poderosamente sobre la conciencia y decisión del Médico militar, al formar éste su juicio definitivo con la tranquilidad absoluta del deber cumplido y sin lesionar ninguno de los intereses que en él concurren.

Se extiende en consideraciones acerca de la taquicardia con hipotensión como signo precoz de la tuberculosis pulmonar, agradeciendo efusivamente al Sr. García Sierra el que haya tomado en consideración sus modestos trabajos acerca de tal signo, del cual opina que es el más constante y más precoz en aparecer, aun antes de que ningún otro denuncie el proceso tuberculoso; que la realidad así se lo ha demostrado en la multitud de casos que han desfilado por su consulta del Real Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia, citando con este motivo las estadísticas tomadas desde la publicación de sus primeras observaciones.

Entiende que si á la taquicardia hipotensiva se la discute y no

se le da la importancia que debiera, obedece á describir los autores englobadas dos fases completamente opuestas de un fenómeno, cuyo valor diagnóstico é interpretación clínica nada tienen de común.

Según sus observaciones, hay que admitir dos formas de taquicardia: una, la que, siendo inherente al síndrome inicial de la intoxicación microbiana, se caracteriza por el notable apagamiento de la tensión arterial y por la marcada *inestabilidad* dentro de su frecuencia; tal sería la del período prefímico, la taquicardia premonitoria, cuya patogenia hay que suponerla en la acción especial producida por los venenos bacilares sobre los centros vasomotores. La segunda forma es la del período de infección esplénica, franca ya, y que no guarda ninguna relación con la anterior; dependiente de un estadio avanzado de la enfermedad, es consecuencia de lesiones que por su naturaleza y situación influyen de un modo sensible sobre el aparato circulatorio, y que al ser originada por un trastorno material ó somático dependiente del arraigo de los focos tuberculosos, cuya topografía alcanza forzosamente á dicho aparato, el principal carácter de la frecuencia del pulso será la *estabilidad*, lo contrario precisamente que en la taquicardia premonitoria, porque su lesión es funcional; deduce de esta dualidad patogénica, que la consecuencia realmente práctica será la de poder determinar en todo momento, por los caracteres particulares del pulso, la mayor ó menor intensidad de lesiones en lo que concierne á los períodos de la enfermedad, y, sobre todo y ante todo, conocer á buena hora la naturaleza del mal, para poner un pronto remedio, individual y colectivamente considerado.

Manifiesta á continuación que no está conforme con el Sr. García Sierra en lo que respecta á la interpretación que debe darse al signo de Krönig, en el supuesto de que su apreciación del momento no haya sido deducida erróneamente, y por su parte, de lo expuesto por el comunicante: que si bien la percusión por el método de Krönig es un excelente procedimiento para descubrir ligeras retracciones del vértice pulmonar, constituye un error crasísimo el querer hacer de él el método por excelencia para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, porque para que dicha exploración dé los resultados apetecidos, se precisa el que los focos alcancen dimensiones relativamente grandes ó que sean muy superficiales, y mucho antes que esto ocurra, la germinación de los

tubérculos ha dado lugar á que se presenten síntomas de auscultación, susceptibles de ser descubiertas con relativa facilidad, y, sobre todo, mucho más precozmente, que es lo que realmente interesa al Médico militar.

El Sr. *Plaza* (D. Venancio) elogia la iniciativa del Sr. García Sierra y aplaude con entusiasmo el que haya traído al Ateneo un asunto tan interesante como es el punto que se discute; cree que interesa grandemente, desde su punto de vista diagnóstico y profiláctico, que son los que incumben á la Sanidad Militar, pues en los demás aspectos de la cuestión, opina que están resueltos en los reglamentos y legislación vigentes, toda vez que el reglamento de exenciones físicas excluye en absoluto á los tuberculosos, exigiendo sean declarados inútiles totales en todos sus grados, aun á los incipientes, por lo que puede decirse que la tuberculosis queda reducida en el Ejército (cumpliéndose bien la ley) á los casos agudos, y éstos son relativamente poco numerosos; cree, pues, que el problema está resuelto, sin que por ello trate de quitar importancia á la discusión de este tema, porque por lo mismo que los reglamentos vigentes exigen la exclusión absoluta de los tuberculosos, se debe conocer á fondo el asunto, y todo Médico militar ha de estar preparado para hacer un diagnóstico preciso de la tuberculosis en su período incipiente; con este motivo elogia los trabajos del doctor Relimpio sobre la taquicardia como síntoma precoz de la enfermedad, cuyas observaciones ha tenido ocasión de comprobar; termina afirmando que el diagnóstico clínico se anticipa casi siempre al bacteriológico.

El Sr. *Jurado* dice que se considera defraudado ante el trabajo presentado por el Sr. García Sierra, y aun cuando le merece todo género de alabanzas, cree que su autor ha debido ir directo á resolver el problema de la tuberculosis en el Ejército, que, en contra de lo sostenido por algún señor que le ha precedido en la palabra, no puede considerarse en modo alguno resuelto.

En su opinión, la resolución del problema abarca dos cuestiones: 1.^a Modo de librar al Ejército de tuberculosos. 2.^a Lo que debe hacerse con estos enfermos.

Distingue, en primer lugar, á los tuberculosos á su incorporación, y soldados que se tuberculizan durante su permanencia en el servicio; considera en los primeros dos grupos: tuberculosos clínicamente comprobados, y los que no lo son sino por medio de re-

acciones biológicas; de los primeros, no tiene Guerra por qué ocuparse de ellos; y en cuanto á los segundos, es de opinión que, siendo la tuberculosis muchas veces curable, estos enfermos no deben ser desechados, porque en circunstancias difíciles pudieran ser útiles á la Patria, y en su lugar deben estar sometidos á tratamiento un tiempo prudencial.

Con relación á los que se tuberculizan después de su incorporación, cree que todos deben ser tratados en Sanatorios militares, para que los que curen sean nuevamente aptos para el servicio militar, y los que no obtengan aquel beneficio sean en modo alguno abandonados por el ramo de Guerra.

El Sr. *Potous* manifiesta que el Sr. García Sierra, como estará en la conciencia de todos, es acreedor á un doble pláceme, por la bondad de su conferencia y por la iniciativa entusiasta de la amplitud que ha dado al tema de la tuberculosis en el Ejército, mediante cuestionarios parciales á cual más interesante.

Cree, exponiendo los fundamentos de sus convicciones, que existe el problema tuberculoso en el Ejército, á favor de cuya resolución se han aportado grandes y beneficiosas disposiciones oficiales, y trabajos individuales, que sin descuidar el aspecto global demográfico, han repercutido en la evolución del proceso fímico en el ambiente militar; afirmando que así en el cuartel, como en el hospital y en los centros sanitario-militares, donde se elaboran las iniciativas y se tramita la documentación, se hace y se tiende á hacer más efectiva la obra práctica y humanitaria de la selección rápida de los tuberculosos, para evitar que lleguen al estado caquéctico en los hospitales. Opina que esta iniciativa daría mayor fruto si, á la par de la Comisión que fija el diagnóstico precoz ó la tuberculosis clínica incipiente, funcionase un Tribunal facultativo cuya constitución no dependiese de fechas fijas, sino de las que señalase el número de enfermos de esta clase, y, sobre todo, su incurabilidad ó gravedad.

Estima que armonizando cronológicamente estas distintas etapas de la vida del tuberculoso en el ambiente militar, sobrevendría una considerable reducción en el peligro de difusión, así como en el número de fallecidos por dicha dolencia en nuestros hospitales; y aunque resultasen mayor número de inútiles para el servicio, no lo serían en el amplio sentido de esta palabra, una vez reintegrados á tiempo á su condición civil.

El Sr. *Castillo* cita algunos casos de observación personal, al emitir su opinión de que la mejor solución del problema tuberculoso estriba en abreviar los trámites en la declaración de inutilidad, así como en la rápida incoación del expediente.

Y transcurridas las horas reglamentarias, el Sr. Presidente levantó la sesión.

El Secretario de actas,

J. DE BARTOLOMÉ RELIMPIO.

NECROLOGÍA

Don Ramón Ramos Herrera,

Médico mayor.

Nació en Madrid el 15 de Mayo de 1854, graduándose de Licenciado en dicha Facultad en el mes de Mayo de 1880.

Ingresó en el servicio como Médico provisional el 28 de Mayo de 1896, siendo nombrado Médico segundo, previa oposición, en Febrero del siguiente año.

Sirvió en el Hospital de Madrid hasta el mes de Abril, en que fué destinado á la Isla de Cuba, donde desempeñó distintos destinos, hasta su regreso á la Península en Enero de 1899, prestando servicios en la Brigada de tropas del Cuerpo y en el Regimiento Infantería de Valencia, pasando después á Ceuta.

En Marzo de 1902 fué ascendido á Médico primero, prestando sus servicios en el Regimiento Infantería de Valencia, de guarnición en San Sebastián, con el cual se trasladó á las Palmas de Gran Canaria en Febrero de 1904, pasando destinado en Septiembre del mismo año á la Milicia voluntaria de Ceuta, y posteriormente á los Regimientos de Infantería de España y Melilla.

Ascendió por servicios especiales á Médico mayor en Mayo de 1914, y por antigüedad de escala en Julio del propio año, siendo destinado en comisión á los Hospitales de Melilla, en cuya plaza falleció el día 21 del pasado.

- Se hallaba en posesión de las siguientes condecoraciones:
- Tres cruces rojas de primera clase del Mérito Militar, una de ellas pensionada.
 - Cruz de primera clase del Mérito Naval, con distintivo blanco.
 - Cruz de primera clase de María Cristina, en permuta del empleo de Médico mayor.
 - Medallas de Cuba, Melilla, Alfonso XIII y conmemorativa del sitio de Zaragoza.
- ¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

V A R I E D A D E S

Los Jefes y Oficiales del Cuerpo que prestan sus servicios en la quinta Región han obsequiado con las insignias de la Gran cruz del Mérito Militar al Excmo. Sr. Inspector de Sanidad Militar de la misma, D. Enrique Canalejas y Cisneros.

Verificóse la entrega del presente el día 24 del pasado, por una Comisión compuesta por los Subinspectores Sres. Valdivia, García Julián y Carpi, haciendo uso de la palabra el Sr. García Julián para felicitar, en nombre del personal de la Región, al señor Canalejas, por la merecidísima recompensa que acababa de otorgarle S. M. el Rey, y cuyas insignias se le ofrecían en prueba de cariñosa estimación y respeto.

El Sr. Canalejas, á su vez, pronunció breves y expresivas frases de afecto y agradecimiento á los que le honraban con tan delicada muestra de aprecio, que él juzgaba inmerecida.

*
*
*

Se ha presupuestado en un millón de pesetas el nuevo Hospital militar en construcción en Tetuán, el cual se espera esté terminado en el plazo de un año.

Se halla emplazado fuera de la población, en un alto cerca de la Alcazaba.

*
*
*

La Comisión gestora del homenaje benéfico iniciado con motivo de rendir un tributo de respeto y cariño al que fué dignísimo Jefe de la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra, hoy Inspector de primera, en situación de reserva, Excmo. Sr. D. Francisco Coll Zanúy, da las gracias por nuestra mediación á cuantos se han honrado contribuyendo con sus cuotas al pago de los derechos del título de Licenciado á dos jóvenes, compañeros de profesión, que atravesaban difícil situación económica.

Adquiriéronse dichos títulos, entregándose á los beneficiados los resguardos correspondientes, ínterin se tramita la expedición de los diplomas.

Por su parte, el Sr. Inspector Coll, como ya se hizo presente en estas columnas, prohibió terminantemente que se gastase nada en objeto-recuerdo á él destinado, manifestando su deseo de que la cantidad sobrante ingresara en la Caja del Colegio de Huérfanos de Nuestra Señora de la Concepción.

El balance global arroja estas cifras:

Importa lo recaudado	2.423,00
Importa lo pagado	1.651,25
<i>Diferencia para los huérfanos...</i>	771,75

Damos la más cumplida enhorabuena á la Comisión gestora por el gran éxito que ha logrado obtener, y á los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios militares que han acudido al llamamiento con el mayor entusiasmo, por el hermoso acto de caridad y solidaridad de que han dado prueba, honrando á un prestigioso Jefe, y ayudando de un modo digno y efectivo á los mencionados jóvenes compañeros.

*
* *

El día 23 del corriente regresó de Barcelona el Excmo. señor D. Casto López Brea, Jefe de la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra.

*
* *

La Junta Directiva de la Asociación Filantrópica del Cuerpo, en la sesión celebrada por fin del primer trimestre, acordó que á

partir de 1.º de Julio próximo queden suprimidos en todos los distritos los recibos provisionales, efectuándose la recaudación por los definitivos, que se remitirán por Tesorería y con arreglo á las instrucciones que se comunicarán á los Delegados.

También acordó convocar á Junta general extraordinaria para tratar de la proposición de la Directiva referente al ingreso y reingreso en la Asociación de los que no pertenecen á ella; se concedió ingreso á los ocho Farmacéuticos segundos procedentes de las últimas oposiciones, abonando sus cuotas desde Marzo, y se aprobó el balance del trimestre, cuyo resumen es como sigue:

Importa el Debe.....	Ptas.	42.347,45
Idem el Haber.....		4.993,20
		<hr/>
Existencia en Caja.....		37.354,25

*
* *

Le ha sido otorgado el premio de la fundación «Félix Echa-güe» al Médico mayor de Sanidad de la Armada Sr. Gómez Tor-nell, en atención al mérito de su trabajo *El agua potable á bordo.*

*
* *

Ha obtenido la Cátedra de Química Orgánica de la Facultad de Farmacia, de Granada, el auxiliar de la de Madrid Dr. D. Anto-nio Madinaveitia.

*
* *

Recortamos de *España Médica*:

«Se dice que muy pronto comenzarán las oposiciones á la plaza de Inspector de Sanidad de Tetuán, recientemente creada.

»Han presentado solicitudes varios compañeros, algunos de mé-ritos reconocidos, lo cual hará que sean muy reñidas y brillantes estas oposiciones, no siendo de extrañar, dada la importancia y trascendencia del puesto.»

*
* *

Acaba de salir á luz el *Anuario Curiel*, Médico-Farmacéutico, de 1916.

Este tomo, de 328 páginas, de tamaño 17 por 24, contiene los nombres y direcciones de todos los Médicos y Farmacéuticos de España, así como los Dentistas y Comadronas de las principales poblaciones.—Precio, 3 pesetas.—Franco certificado, 3,40 pesetas.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Nuevo aparato de contención en la fractura de la mandíbula.—M. Coulliaux presenta á la «Reunión castrense del grupo milanés, para la propaganda médica en la guerra», habida el 30 de Septiembre de 1915, dos soldados heridos por proyectil de fusil con fractura completa cominuta abierta de la mandíbula, curados con la aplicación de un pequeño aparato contentivo, ideado por él, que consiste en un grueso hilo de oro que se adapta exactamente á todo el contorno de la arcada dentaria inferior y se fija mediante una corona del mismo metal.

El autor cree que presenta ventajas sobre los procedimientos en uso.—(*Giornale de Medicina Militare*, Novembre 1915.)—J. P.

Cateterismo posterior, por el doctor Grisson.—En las heridas por proyectil, de la región perineal, se observan con mucha frecuencia destrozos de la uretra, sobre todo cuando el proyectil ha fracturado huesos, y las esquirlas, arrastradas de adelante á atrás, producen desgarrros de las partes blandas. En estos casos es sumamente difícil, y á veces imposible, encontrar el cabo central de la uretra para hacer el

cateterismo, y se impone el cateterismo posterior. Para ello se hace la talla suprapubiana, y á través de la vejiga se introduce el catéter. La operación es muy fácil cuando se practica con ayuda del cistoscopio; pero cuando es necesario limpiar ó cambiar el catéter, las dificultades vuelven; para evitarlas, Grisson ha ideado introducir á través de aquél un hilo de seda grueso, que por sus dos extremos se fija en las partes blandas. Al retirar el catéter, el hilo sirve de guía y conductor para introducir un nuevo con toda facilidad. La operación puede ser llevada á cabo por un ayudante, sin necesidad de que el médico intervenga para nada. Cuando la curación progresa, se puede substituir el hilo por una bujía. El catéter protege la formación y reparación de los tejidos alrededor de la uretra.—(Sociedad Médica de Hamburgo, 18 de Mayo de 1915.)—F. G. D.

Toxina de vibrión séptico y anti-toxina correspondiente.—MM. Rafael y Brasey han hecho investigaciones para producir en poco tiempo en el caballo un suero que actuase sobre el vibrión séptico.

Este vibrión, que se encuentra sobre los cadáveres algunas horas después de la muerte, es fácil de recoger.

Los autores lo han cultivado en el líquido conocido con el nombre de «caldo Martín», adicionado de 2 por 100 de glucosa, y sembraron los esporos en el caldo no adicionado.

Filtrando el líquido á través de una bujía, los microbios quedan detenidos, y todas las toxinas solubles pasan con el líquido.

Estas toxinas son mortales para el conejo á pequeñas dosis. Pero el caballo resiste dosis crecientes, inyectadas á intervalos reglados. El suero del animal goza entonces de un poder tóxico y antiinfeccioso.

Esta propiedad es susceptible de ser utilizada cuando nos hallamos en presencia de traumatismos que han sido impregnados de tierra contaminada. — (*Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences*, 20 Septiembre 1915.)—*J. P.*

*
*
*

Vacunoterapia de la fiebre tifoidea, por el Dr. Hans Reiter.—El autor compendia su juicio suministrado por el empleo de la vacunoterapia en 67 enfermos austriacos, durante la actual campaña, en la forma siguiente:

En dosis prudentes, siempre en relación con el estado del individuo, la vacuna antitífica no ocasiona da-

ños á los tifoideos ni agrava su cuadro sintomático; por el contrario, en la inmensa mayoría de los casos obra de un modo favorable sobre el curso de la enfermedad, disminuyendo la mortalidad y acortando su duración. La temperatura desciende paralelamente con la mejoría del estado general, y cuando no se registra descenso térmico como consecuencia de la inyección, el pronóstico es muy grave. Sin embargo, no se ve una acción decisiva sobre la enfermedad análoga á la de la sueroterapia antidiftérica, por ejemplo. La vacuna ni previene ni mejora las complicaciones (hemorragias miocarditis, etc.).

La vacunoterapia aplicada lo antes posible, individualizada y en dosis prudentes, parece, por lo tanto, beneficiosa, y debe utilizarse junto con otras medidas higiénicas y terapéuticas, sin que esperemos de ella una acción sorprendente. Las complicaciones no son contraindicaciones para su empleo. Las inyecciones repetidas en pequeñas dosis son preferibles á una inyección masiva. Las dosis más convenientes, modificables, sin embargo, por el estado general, son 0,3 c. c. para comenzar, repitiendo cada cuatro días la inyección á dosis de 0,4 hasta 0,5 centímetros c. Dosis mayores no reportan ventajas y no deben utilizarse.—(*D. Ch. M.*, 1915, número 38.)—*F. G. D.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La aptitud militar de los cardiacos, por el Dr. Martínez.—La guerra actual, con el copioso caudal de observaciones, ha venido á confirmar

lo que ya se sospechaba. Nuestros métodos diagnósticos, corrientemente empleados, no sirven para indicarnos el estado funcional de un co-

razón, ni lo que éste puede dar de sí. La concepción hasta hace poco tenida por cierta, de que los corazones con lesión valvular eran fisiológicamente no aptos para el trabajo y el esfuerzo, y los que no tenían lesión valvular eran sanos, normales y fuertes, es falsa.

Cita el autor casos concretos de cardiopatas con lesión valvular que cumplen sus deberes militares. Hagamos notar, por nuestra parte, que los casos que cita son de estrechez mitral de origen congénito y aórticos ligeros incipientes. Tampoco el soplo es característico de la lesión órica. Soplos sistólicos con palpitaciones, dolor precordial, y quizá trastornos vasomotores, pueden presentarse en individuos con neurosis cardíacas, sobre todo después de fatigas corporales, abusos de venus ó intoxicación tabáquica, sin que exista lesión funcional ni debilidad de miocardio.

Por el contrario, existen sujetos cuyas válvulas funcionan normalmente; pero cuyo miocardio no tiene reservas, y no puede dar de sí más trabajo que el que exige una vida ordinaria; la menor fatiga produce síntomas de insuficiencia aguda. Son débiles cardíacos sin soplos ni lesiones óricas, pero francamente hiposistólicos, de piel violácea y fría, con dilatación venosa, disnea, hipotensión vascular, taquicardia, tendencia á las varices y á la congestión hepática, oliguria, pequeños edemas. Quizá son también dispepticos y asténicos, y tienen síntomas evidentes de insuficiencia pluriglandular.

Síntomas para reconocerlos y diagnosticarlos son: la disnea del enfermo, el edema de las bases del

pulmón, la congestión hepática, la oliguria, los edemas premaleolares; pero algunos de estos síntomas son tardíos, como los edemas; otros no son patognomónicos, y como los métodos cardiográficos modernos no están á disposición de los clínicos, propone el autor como más exacta y rápida la prueba funcional.

En un individuo de miocardio sano, el paso de la posición horizontal á la vertical determina un aumento de 4 á 6 pulsaciones por minuto; 20 flexiones de los miembros inferiores con ritmo moderado originan una aceleración de 16 á 20 pulsaciones. Tres minutos de reposo bastan para hacer volver todo á la normalidad. Si exploramos un débil cardíaco, el cambio de posición dará lugar á un aumento de 15, 18 y aun 20 pulsaciones por minuto; las flexiones ocasionan una taquicardia de 100 y más pulsaciones al minuto. Después de un reposo de cinco y más minutos, persisten, más ó menos atenuados, estos síntomas.

En el sano, después del esfuerzo aumenta la tensión máxima, y también, aunque en menor grado, la mínima; la diferencia entre ambas es mayor que en el reposo, y pronto vuelven á la normal. En el débil cardíaco, la tensión máxima permanece igual ó disminuye y aumenta la mínima; la diferencia entre ambas es igual ó menor que en el reposo; la vuelta á la normal es más lenta.

Estos sujetos son inútiles para el servicio militar, aunque no presentan lesión órica alguna.—(*La Presse Médicale*, 1915, núm. 44).—*F. G. D.*

BIBLIOGRAFÍA

El examen del líquido céfalo raquídeo como medio diagnóstico y pronóstico en la meningitis aguda no tuberculosa, por el Dr. José A. Palanca, ex-Profesor auxiliar, por oposición, de la Facultad de Medicina de Santiago, Médico primero, Jefe del Laboratorio de análisis del Hospital militar de Madrid.

Trátase de un notable estudio de laboratorio, premiado en el concurso de artículos de los *Progresos de la Clínica*, de cuyo desarrollo se deducen consecuencias clínicas de mucha importancia, toda vez que se realizan por el autor amplias investigaciones, exponiendo á la vez utilísimos consejos para el examen macroscópico del líquido céfalo-raquídeo y para el provecho que debe obtenerse de la refractometría, del análisis fisiológico, del estudio bacteriológico y de la del cultivo de aquel líquido orgánico, ocupándose después de las reacciones biológicas (entre las que sobresale, por ser la de mayor importancia y la única que puede estudiarse en el expresado producto, la precipito-reacción) y el diagnóstico químico de la meningitis.

En las conclusiones puntualiza los varios gérmenes que dan lugar al proceso meningítico, si bien asigna la mayor frecuencia al meningococo de Weichselbaun, de lo que se desprende la importancia del diagnóstico bacteriológico, que debe revestir la mayor exactitud, para evitar la continuación del tratamiento por el suero en los casos en que no haya necesidad de él, discurriendo también acerca de las meningitis secundarias, de los signos de probabilidad y de certeza, y señalando, finalmente, los casos en que el pronóstico es grave en vista de la concurrencia de determinadas circunstancias, que fija con gran sentido práctico como resultado de sus investigaciones personales.—*J. P.*

*
**

A Pin el ajustador, por Mario Gómez.

La biblioteca de la Revista *Cultura e Higiene* acaba de publicar este importante y originalísimo trabajo de nuestro compañero el Médico mayor Sr. Gómez, que ya en otros anteriores dió muestras de su profundo conocimiento en las cuestiones relativas á la virilidad, aptitudes é imperfecciones del elemento joven de nuestra nación.

Con amenísimo estilo y en forma de epístolas amistosas, dirige á un obrero sabias consideraciones acerca de la proflaxis higiénica y social en que debe agitarse su vida de virtud y de trabajo.

Mario Gómez, que, á la par de Médico ilustradísimo, es gran *amateur* de la clase obrera, con la que ha convivido durante muchos años, dándole pasto á su gran espíritu de observación, ha sabido en esta, como en otras ocasiones, prestarla un señaladísimo servicio, contribuyendo al propio tiempo al fomento de la ciencia sociológica en nuestra Patria. en uno de sus más interesantes aspectos.

Reciba nuestra modesta felicitación, por la maestría y sinceridad de su trabajo.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

11 Abril...—Real orden (*D. O.* núm. 86) concediendo al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Félix Gómez Díaz la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco y pasador de «Industria Militar», por haber prestado sus servicios durante cuatro años en establecimientos de esa clase.

Real orden (*D. O.* núm. 86) disponiendo que el desinfectante denominado «Fenolina» se incluya en el catálogo de los medicamentos y efectos que se expenden en las Farmacias militares para uso de los Jefes y Oficiales, y Cuerpos y Dependencias del Ejército.

» » Real orden (*D. O.* núm. 86) nombrando para que desempeñe el cargo de observación ante la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Avila, al Médico primero D. Luis López Ortiz.

» » Real orden (*D. O.* núm. 86) nombrando Vocal interino de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Oviedo al Médico primero D. Francisco Horacio González Donosó.

» » Real orden (*D. O.* núm. 86) nombrando para que desempeñe el cargo de observación ante la Comisión mixta de Reclu-

- tamiento de la provincia de Granada al Médico mayor D. Rafael Chicoy Arreceigor.
- 11 Abril...—Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* número 87) asignando la pensión anual de 1.875 pesetas á una huérfana del Subinspector Médico de primera clase D. Agustín Muniozguren Casanova.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 87) concediendo al Médico primero D. Cosme Valdovinos García, con destino en situación de excedente en la primera Región y en comisión en el Parque de Desinfección de esta Corte, dos meses de licencia por asuntos propios para Ginebra (Suiza).
- 14 » Real orden (*D. O.* núm. 88) concediendo al Médico primero D. José Artal Costa la permuta de la cruz de primera clase de María Cristina, de que se halla en posesión por la de dos cruces de igual clase del Mérito Militar, rojas, pensionadas, que también posee.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 88) disponiendo que los Farmacéuticos primeros D. Ramón Fraguas Fernández y D. Bernardino Ros Costa, destinados, respectivamente, en situación de excedente en Ceuta y en comisión en el Hospital de dicha plaza, y en el Hospital de Burgos, cambien entre sí de destino.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 88) disponiendo que el Subinspector Médico de segunda clase D. Julio Martín Fernández, excedente en la primera Región, quede en igual situación y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de primera clase D. José de Lacalle Sánchez, Inspector de Sanidad Militar de la misma.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 88) disponiendo que el Jefe y Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:
Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Juan Muñoz Muñoz, excedente en Melilla, al Hospital de Sevilla; Farmacéuticos segundos D. Víctor Lagares García, del Hospital de Mahón, á la Farmacia de Roger de Lauria, de Barcelona, y D. Augusto Alcázar Fernández, de la Farmacia de Roger de Lauria, de Barcelona, al Hospital de Mahón.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 91) aprobando y declarando indem-

nizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Carlos Vilaplana González, D. Mariano Alba del Olmo y D. Antonio Jiménez Arrieta.

15 Abril...—Real orden (*D. O.* núm. 95) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase, D. José Barreiro de la Iglesia, y á los Médicos primeros D. José González Vidal, D. Aquilino Martínez Vieta, D. Adolfo Chamorro Lobo y D. Cesáreo Gutiérrez Vázquez.

» » Real orden (*D. O.* núm. 96) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Carlos Pérez Serra.

18 » Real orden (*D. O.* núm. 91) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Subinspectores Médicos de segunda clase D. Félix Echevarría Uguina, de excedente en la primera Región y en comisión habilitado de la Plana mayor de Sanidad Militar de Cuba, al Hospital de Madrid-Carabanchel; y D. Emilio Hernández de Tejada Roncero, del Hospital de Madrid-Carabanchel, á situación de excedente en la primera Región y en comisión á desempeñar el cargo de Habilitado de la Plana mayor de Sanidad Militar de Cuba; Médico mayor D. Cándido Herrero Lacaba, de excedente en la tercera Región y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. José Fernández Alvarez, Inspector de Sanidad Militar que fué de la misma, continúa en la misma situación, cesando en la referida comisión, y Médico provisional D. Ramiro Maldonado Maurilla, del Regimiento Infantería de Castilla, 16, al Hospital de Badajoz.

» » Real orden (*D. O.* núm. 92) nombrando para el cargo de observación ante las Comisiones mixtas de Reclutamiento de las provincias de Orense, Lugo y Pontevedra, respectivamente, al Médico primero D. Adolfo Chamorro Lobo, y á los Médicos segundos D. Victoriano Peche Blanco y don José Barros Sanromán.