

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año VI.

Madrid, 15 de Julio de 1916.

Núm. 14.

SUMARIO

Los diversos aspectos de la cirugía de guerra, por **F. González Deleito**.—*Profilaxis del tifus exantemático* (continuación), por el **Dr. Martín Salazar**.—*Ateneo de Sanidad Militar: continuación de la sesión del día 11 de Mayo de 1916; comunicación del Médico mayor D. Santos Rubiano*.—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica: Seroterapia de la polimielitis*.—*Diez casos de cirugía cerebral*.—*Prensa militar-profesional: Método fácil para la desinfección en la guerra*.—*El valor de los síntomas anormales en el examen del corazón de los reclutas*.—*Contribución al estudio del tratamiento sérico específico de las heridas de guerra*.—*Bibliografía: Recuerdo apologético del Dr. Francisco Franco, Catedrático de Medicina: siglo XVI; discurso leído por el socio Dr. D. Ricardo Albert Prósper, en el Instituto Médico Valenciano*.—*Juicio crítico acerca de la eficacia de los tratamientos modernos de la fiebre tifoidea*, por el **Dr. Francisco Reig**.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

LOS DIVERSOS ASPECTOS DE LA CIRUGÍA DE GUERRA

POR RENÉ LE FORT (de Lille),

Médico principal de segunda clase de los Ejércitos.

La cirugía de guerra se presenta bajo los más variados aspectos. Según las condiciones en las que se encuentra colocado, ve cada cirujano los problemas clínicos y terapéuticos de un modo diferente, exacto para él, erróneo para los demás.

Bien pronto me impresionaron estos aspectos variables de las diversas cuestiones que hacen referencia á nuestro arte, sobre todo porque yo creía, erróneamente, lo confieso, poseer una doctrina sana de esta cirugía especial.

Compenetrado con las ideas expresadas en los informes de los Médicos militares que habían hecho las campañas del Transvaal y la Mandchuria, fuí en 1912, en las primeras semanas de la conflagración balcánica, á estudiar de cerca las heridas de guerra en Servia y Bulgaria.

Allí encontré la confirmación de lo que esperaba ver; es decir,

la evolución favorable de la inmensa mayoría de las heridas, el triunfo de la cirugía prudente y económica enseñada por Delorme, y la asepsia, cuya superioridad indiscutible sobre la antisepsia en la práctica civil no podía, al parecer, ser puesta en duda en la práctica militar más que por espíritus retrógrados ó amantes de la paradoja. Mi primera decepción fué en el mes de Agosto de 1914, con los heridos que llegaron á mi ambulancia procedentes de los combates de Dinant, en Bélgica. Sus vendajes individuales habían sido correctamente aplicados, pero la mayor parte estaban empapados en sangre y atravesados por líquidos que salían de las heridas. Además, éstas presentaban, en general, una gravedad mayor que las que había visto en la guerra balcánica.

Esta mala impresión se confirmó después de la batalla del Marne. Mientras que en Octubre y Noviembre de 1912 las complicaciones infecciosas de las heridas parecían haber desaparecido, el tétanos, la gangrena gaseosa, la infección purulenta se cebaban en los heridos.

Fué preciso rendirse á la evidencia; no se podía cuidar un herido con una pincelación ligera de su herida con tintura de yodo-seguida de la aplicación de la cura individual dejada hasta su curación; era preciso desbridar ampliamente, abrir todas las heridas y recurrir á los antisépticos, á todos esos productos proscriptos hacía muchos años, sublimado, ácido fénico, permanganato, etc. Instintivamente fué lo que hicieron todos los Médicos del frente.

Más tarde cambió el aspecto de la Cirugía. Poco á poco, con la guerra de trincheras, la instalación de buenos hospitales, la continua mejora de los transportes, la supresión del hacinamiento, etc., la práctica militar se aproxima á la civil. Los heridos de hoy día, bien vendados en los puestos de socorro, llegan á manos de los cirujanos en buenas condiciones, y las discusiones académicas sobre la superioridad de la antisepsia y de la asepsia parecen razonables; pero, sin embargo, si lo son hoy, quizá no lo volverán á ser mañana.

No hay cirugía de guerra, ha dicho Rochard; no hay más que una cirugía. Se podría decir con más verdad; no hay cirugía de guerra; hay cirugía de guerra.

¿Cuáles son las principales causas que hacen cambiar esta cirugía de una época á otra, de un sitio á otro, de una serie de heridos á otra serie?

Sin pretensiones de contestar exactamente á esta pregunta, expondré algunos de estos factores cuya influencia aparece más manifiesta.

I

El primero es la naturaleza del agente vulnerante. Si en el Transvaal y en la Mandchuria, y aun en Servia y Bulgaria, la evolución de las heridas de guerra pareció más favorable, fué principalmente porque la mayor parte de las heridas eran producidas por balas, y las heridas por casco de granada, shrapnel, etc., eran las menos, y esta proporción está invertida en la guerra actual. Por otra parte, incluso las balas han sido disparadas casi siempre á muy cortas distancias, condición que agrava terriblemente sus efectos.

II

La opinión que se forme de la cirugía de guerra depende del *medio en el cual se está colocado para observar.*

Yo creí ver en los hospitales balcánicos toda la cirugía de guerra, porque la evacuación sistemática de todos los heridos se hacía desde el frente á los hospitales. «Usted ha visto lo escogido», me decía el Dr. Delorme; y tenía razón. Los servios y los búlgaros, que no permitían á los Médicos extranjeros el acceso al frente de batalla, les informaban mal, sin duda, acerca de las pérdidas que tenían antes y durante la evacuación, pérdidas que, no obstante sus afirmaciones, debían de ser muy elevadas. El hospital del interior sólo da un reflejo de la cirugía de guerra; los heridos muy graves no llegan allí, porque muy rápidamente van desapareciendo.

En Francia, al revés de lo que ocurría en 1912, los heridos leves, susceptibles de curar muy pronto, no llegaban á los hospitales del interior, y en este caso estaban un número considerable de hombres, con heridas por bala de fusil ó por shrapnel que sólo interesaban las partes blandas. Así se explica que un excelente cirujano de París haya podido escribir en Octubre de 1914: «Yo no he visto una herida aséptica por casco de granada.»

En suma, el hospital sólo recibe heridos de gravedad media. El

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

aspecto de las lesiones varía según el que las observe, se encuentre en el hospital, en la ambulancia ó en el puesto de socorro. Hay heridas que no se ven más que en los puestos de socorro; las heridas enormes de tórax, cráneo, abdomen, no llegan á la ambulancia. En estas mismas, según la distancia á que se encuentran del frente y el modo de llegar los heridos, hay grandes diferencias entre unas y otras. Yo no he visto más que en la ambulancia R..., muy cerca de las trincheras alemanas, esas heridas craneanas con enorme desorganización de la substancia cerebral, que al principio tienen escaso cuadro sintomático, lo que hacen que aparezcan como medianamente graves, y que son seguidas de muerte rápida. Ciertas afirmaciones de los cirujanos del interior, sobre la benignidad de los aneurismas difusos con hematomas, harían saltar á los cirujanos de la línea de fuego. He visto morir sin gran hemorragia externa, pero por anemia provocada por la enormidad del hematoma, muchos heridos con herida arterial, y con tal rapidez, que no había ni tiempo para intervenir. De cuatro operados de ligadura de subclavia, he perdido tres, por herida pulmonar concomitante, y he visto sucumbir por peritonitis secundaria á lesión del intestino delgado, heridos en los que había ligado la iliaca primitiva ó la iliaca interna por hematomas consecutivos á un aneurisma difuso. Varios han tenido gangrenas después de las ligaduras.

La cirugía de la ambulancia, la del hospital de la zona de operaciones, la de los hospitales del interior, no tienen tampoco caracteres fijos é inmutables. En cada formación sanitaria, la naturaleza de los heridos varía, según condiciones múltiples, y, sobre todo, según los métodos y reglas adoptados para las evacuaciones, en las diferentes épocas de la guerra.

El herido que se ve una hora después de serlo, no se parece en nada al que se ve ocho días y un mes más tarde.

III

La naturaleza de las operaciones militares ejerce, de un modo indirecto, una influencia de primer orden sobre la curación de las heridas.

Las grandes batallas de las guerras de movimiento, en las que bruscamente quedan fuera de combate, y en un espacio muy limitado, un número considerable de hombres, no permiten que todos

los heridos reciban siempre rápidamente los cuidados necesarios.

En M..., con dos Médicos segundos, he recibido, en menos de dos horas, más de 600 heridos, y todo el resto del personal de mi ambulancia estaba igualmente atareado pocos kilómetros más allá. Son pocas las ambulancias que no se han encontrado bruscamente en presencia de muchos cientos de heridos que curar. Todas las abnegaciones individuales son impotentes en tales casos, y la más perfecta distribución del personal y la más acertada previsión del mando no impedirán nunca estos golpes forzados inherentes á la guerra.

En la guerra de maniobras se acumulan frecuentemente las circunstancias desfavorables: personal médico insuficiente en cantidad para asegurar un trabajo inmenso; amontonamiento de heridos y malas condiciones de higiene; instalación forzosamente precaria de las formaciones sanitarias; inestabilidad de estas formaciones, dispuestas á ser levantadas rápidamente, á ser bombardeadas, prisioneras ó alejadas de la línea de combate, que se va desplazando continuamente: todo esto no permite concebir la terapéutica de las heridas de guerra en la misma forma en la guerra de maniobras que en la de trincheras, y esto explica graves divergencias en las apreciaciones terapéuticas, más aparentes que reales. He aquí un ejemplo:

La abstención operatoria en las heridas de abdomen era casi un dogma en cirugía de guerra, y yo lo he preconizado por mi parte hasta 1915. Hoy día, numerosos Cirujanos, con Quénu á la cabeza, predicán la intervención y estoy tan convencido de la razón que les asiste, que no he esperado sus consejos para intervenir sin haber modificado sensiblemente por esto mi primera opinión. Cuando hace tres años se hablaba de guerra, se sobrentendía hablar de la guerra de maniobras, donde los heridos afluyen súbitamente á las formaciones sanitarias, que no tienen estabilidad, que están organizadas con medios improvisados, y no de la guerra de trincheras donde, á tiro de fusil del enemigo, se instalan pequeños hospitales, dotados de todo lo necesario, y donde toda la cirugía puede hacerse en perfectas condiciones de confort durante largos meses. Era imposible fijar la línea de conducta que debía

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

seguirse en un género de guerra que nadie había previsto. No era la guerra de trincheras la que entonces se llamaba *la guerra*.

También la naturaleza de las operaciones militares influye en cómo reciben los heridos los primeros cuidados, de cuya influencia sobre la marcha de las heridas no puede dudarse. Los heridos que son asistidos inmediatamente, curan mejor y más rápidamente que aquellos que pasan muchas horas y algunas veces días sobre el terreno, sin poder ser levantados. ¡Cuántos desgraciados han sucumbido á consecuencia de heridas, fáciles de curar si hubieran sido asistidos á tiempo!

Por ello son de desear los medios de transporte rápidos; las secciones sanitarias de automóviles pueden prestar inmensos servicios, pues nos permitirán, auxiliadas con la abnegación de nuestros camilleros, resolver siempre el problema tan importante del tratamiento precoz de todos los heridos.

Por último, en la guerra de maniobras hay condiciones tácticas con las que es preciso contar. No se hace la guerra para cuidar heridos, sino para vencer; los Médicos, su personal, su material, no son para los combatientes todavía sanos más que impedimenta, y quienes se olvidan de esto, no se cansarán de oír cómo les recuerdan lo que debían tener presente siempre desde el momento en que comience la lucha: que no deben encontrarse en las carreteras más que cuando tengan precisión inmediata.

IV

El estado físico y la moral de las tropas influye mucho sobre la marcha de la herida. Los heridos de los primeros combates á los cuales he asistido en Bélgica desde Dinant, hacia el 15 de Agosto, no tenían comparación con los asistidos tres semanas más tarde en la batalla del Marne.

A igualdad de condiciones, la evolución de las heridas es distinta en las *diferentes razas*. Esta es, á no dudar, una de las causas más importantes de los aspectos diferentes de la cirugía de la guerra franco-alemana de 1914-16 y de la guerra balcánica, que se debe añadir á las señaladas anteriormente (1).

(1) En un informe, dirigido al Ministro de la Guerra el 28 de Septiembre de 1914, hacía notar que las curas individuales aplicadas á los heridos sobre el campo de

La resistencia de los serbios y los búlgaros á la infección es superior á la nuestra y á la de los alemanes, y lo mismo ocurre con los marroquíes y los senegaleses.

En mis clínicas del Hospital C..., el año último, he recibido un cierto número de indígenas, después de los combates de..., hacia el 5 de Abril, poco más ó menos. Estos heridos se reunieron en una sala común, en la que solamente habían sido admitidos, al mismo tiempo, dos ó tres blancos; todos los demás franceses heridos ocupaban las salas vecinas. Todos, blancos y negros, habían sido heridos en los mismos combates y las heridas eran análogas en unos y otros. Los primeros días, las curvas térmicas indicaban siempre fiebre: se trataba de heridos graves (1); ocho días más tarde, las temperaturas de los negros eran siempre de 37°, y se mantenían elevadas en los blancos, y esto de modo tan regular, que se hubiera podido decir de qué color eran los heridos, de modo casi seguro, sólo por el examen de la curva térmica.

V

La *pericia de los médicos* encargados de los primeros auxilios juega un gran papel en los resultados obtenidos en el tratamiento de las heridas. Respecto á este punto, no es dudoso que hoy día reciban los heridos auxilios más oportunos que al principio de la guerra. El mejor reparto del personal, la educación individual de los cirujanos, fruto de la experiencia, son factores que contribuyen

batalla estaban generalmente empapadas de sangre y serosidad en nuestros soldados, y en los alemanes desde antes de su llegada á la ambulancia, circunstancia muy desfavorable, desde el punto de vista de la infección; mientras que en Servia estos primeros vendajes estaban secos y sin sangre durante muchos días. La naturaleza de los vendajes y su modo de aplicación no explicaban suficientemente el hecho, y existía la hipótesis de que quizá nuestros heridos occidentales sangraban más fácilmente que los balcánicos.

Es muy probable que intervengan numerosos factores para explicar estas diferencias notables entre la evolución de las heridas en serbios y en franceses. La gran rareza del alcoholismo en búlgaros y serbios, el clima, el estado del suelo, etc., etc., deben tener un papel importante. En otro orden de ideas, me ha parecido que las suciedades de los vestidos, causas de tantas infecciones graves, eran más numerosas y frecuentes en las heridas de nuestros soldados (sobre todo desde la adopción del paño, hoy reglamentario) que en la guerra de 1912. Una simple cuestión del tejido de los vestidos puede influir ampliamente en el pronóstico de las heridas.

(1) He podido notar desde hace veinte meses que la elevación de la temperatura de los heridos, después de una evacuación por ferrocarril, es un hecho casi constante, y lo que he llamado en Enero de 1915 «fiebre de transporte», corresponde á un fenómeno habitual de los heridos evacuados.

á obtener mejores resultados. Desde este punto de vista, es forzoso reconocer que la mayor parte de los prácticos, incluso los de notoriedad y fama, estaban poco al corriente de la cirugía de guerra; hecho que no es nuevo. Para convencerse de ello, basta hacer notar, por ejemplo, que en toda nueva campaña son muchos los médicos instruídos que descubren cosas tan antiguas y clásicas en la cirugía de guerra, como la gravedad é importancia de las heridas tangenciales del cráneo, ocasionadas por proyectiles.

Actualmente la educación médica de todos parece hecha, y sin querer hacer paradojas, diría de buen grado que esto puede llegar á ser inquietante, pues la forma de desarrollarse la guerra en estos últimos diez y siete meses, quizá no sea la misma del mañana. Todo Médico del Ejército os dirá hoy día: «Para permitir el transporte de un fracturado, en buenas condiciones, es preciso un aparato enyesado», de acuerdo con la opinión de la Sociedad de Cirugía en pleno; pero que vuelvan á ser las mismas circunstancias de Agosto de 1914, y desafío á los Médicos de las ambulancias que reciban 1.000 heridos diarios á que puedan aplicar un solo enyesado. ¡Bastante harán con tener tiempo para lavarse las manos entre dos curas de importancia! No se puede tener una norma fija de conducta; es imposible el no variar; la clínica no se conforma con fórmulas hechas; el buen cirujano militar debe ser, ante todo, un cirujano de carrera; debe tener juicio propio y saberse inspirar en las circunstancias.

F. GONZÁLEZ DELEITO,
Médico primero.

(Amplio extracto, traducido de *La Presse Médicale*, núm. 25, de 1916.)

PROFILAXIS DEL TIFUS EXANTEMÁTICO

(CONTINUACIÓN)

Un punto muy importante de averiguar era el lapso de tiempo en que el hombre ó el animal enfermo de tifus eran capaces de infectar el parásito transmisor del padecimiento. Los experimentos realizados por muchos investigadores en este sentido están confor-

mes en que la sangre del hombre enfermo es virulenta en todos los períodos de la enfermedad, desde los primeros días, aun antes de la aparición de la fiebre, hasta el principio mismo de la convalecencia, lo que prueba que el piojo puede infectarse sobre el hombre en todo el curso del padecimiento; y si á esto se agrega que contrariamente á un prejuicio vulgar que existe todavía, los piojos no viven de detritus orgánicos de ninguna clase, sino que se alimentan exclusivamente de la sangre del hombre, se comprenderá bien la voracidad con que el parásito hambriento pica á su huésped, la facilidad con que se infecta y el escaso tiempo que necesita estar en contacto con el enfermo para que su picadura sea extremadamente peligrosa para el hombre sano. El conocimiento de los días que el parásito infectado tarda en hacerse virulento, es un dato que importa mucho á la epidemiología del tifus, porque explica de qué modo los piojos, que conservados en las ropas que sirvieron á los enfermos de tifus, ó en otros objetos distintos, y que en los primeros días de infectados no produjeron acaso el contagio del padecimiento, pueden ocasionarlo después de pasado ese período de evolución del microbio en el organismo del piojo; lo que además conduce á ciertas previsiones de tiempo y lugar referentes á la desinfección de los vestidos, que han de considerarse siempre, como ya se ha dicho, el principal medio de extensión del contagio de un sitio á otro.

Los trabajos experimentales realizados por muchos investigadores para averiguar si otra clase de insectos, como las pulgas, chinches, mosquitos, etc., eran capaces, como es el piojo, de ser transmisores del tifus exantemático después de picar á los enfermos, empleando la picadura á los individuos sanos ó la inyección de los parásitos mismos triturados, han resultado absolutamente negativos. Además, los hábitos y condiciones especiales en que se da preferentemente la vida de aquellos insectos con relación al hombre, no convienen con la epidemiología del padecimiento; así, por ejemplo, mientras las pulgas y chinches se dan más en el verano, el tifus se presenta de preferencia en invierno; y estas razones, unidas al resultado negativo de los experimentos, han conducido á la conclusión rotunda de que, entre los parásitos humanos,

EUMALT

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

sólo el piojo es capaz de transmitir por picadura el tifus exantemático al hombre.

Desde hace mucho tiempo, veníase advirtiendo en la historia de las epidemias de tifus exantemático, la extraña coincidencia de que se presentaran simultáneamente otras de fiebre recurrente, sin que se alcanzase á nadie fácilmente la razón de esa rara simultaneidad de entrambas dolencias.

En la actual campaña balcánica ha habido un ejemplo muy elocuente de esto. En el primer semestre de 1915 ocurrió en Servia, como es sabido, una grave epidemia de tifus exantemático, que sólo en el ejército servio produjo en los primeros meses 3.000 casos; pues bien, ella fué acompañada de otra de fiebre recurrente que llegó á la cifra de 8.000 soldados atacados en el mismo tiempo. Lo singular del caso fué que las mismas medidas profilácticas fueron adoptadas por la misión sanitaria inglesa mandada por el coronel médico Hunter y el teniente coronel Slammers, para combatir las dos epidemias, y el resultado favorable fué igualmente rápido y sorprendente para entrambas.

¡Qué difíciles de explicar eran en otro tiempo estos hechos epidemiológicos, y qué fáciles hoy después de saber que, no obstante tratarse de dos enfermedades de naturaleza absolutamente diferente, tienen de común al piojo como medio transmisor único de hombre á hombre! Son curiosas las analogías que existen entre la evolución del espirilo de la fiebre recurrente en el organismo del piojo y la del germen supuesto de Hort en el tifus exantemático. Ingeridos por succión los espirilos con la sangre de los enfermos en el tubo digestivo del piojo, los espirilos sufren en el organismo de estos insectos alteraciones tan rápidas, que pronto desaparecen aquéllos visiblemente hasta el punto que después de algunas horas no se puede demostrar su presencia por medio del ultramicroscopio. Esta desaparición, sin embargo, no es más que aparente; pues al cabo de una semana próximamente se les ve reaparecer en forma de espirilos finos, muy móviles, que pronto alcanzan las dimensiones ordinarias de los espirilos de la sangre. Al cabo de otro período de días, al que hace diez y nueve, casi siempre desaparecen los espirilos de nuevo, para no volverse á presentar más. Lo más curioso de esta evolución, como lo han demostrado Nicolle, Blanc, Conseil, Sergent y Joley, es que la virulencia de los piojos nutridos de sangre de enfermo recurrente no está en relación con la presen-

cia en el insecto de los espirilos visibles al microscopio ó al ultramicroscopio, sino que precisamente la mayor virulencia de los parásitos infectados se da en los momentos en que los espirilos no han aparecido todavía en el organismo de los insectos, y decrece cuando la presencia de aquéllos se hace clara y permanente. Es, pues, sobre todo en la fase de evolución preespirilar, ó, en otros términos, en el momento de hacerse ésta visible, cuando el microbio de la fiebre recurrente presenta en el piojo su más alta virulencia para infectar al hombre. Al contrario de lo que pasa en el tifus exantemático, el virus recurrente es conservado por herencia en las liendres de los piojos infestados, y esto explica la mayor dificultad que ofrecen á ser extinguidas las epidemias de fiebre recurrente, comparadas con las de tifus exantemático, aun cuando para combatir unas y otras se usan los mismos medios destructores de los piojos. Parece desprenderse de todo esto, que el espirilo de Obermeyer tiene en el organismo del piojo una evolución multiforme que corresponde á una fase visible y á otra invisible; y hay fundados motivos para pensar que lo mismo sucede en el organismo humano, puesto que ya se trate del hombre ó del piojo, la sola forma activa virulenta y capaz de división del germen de la fiebre recurrente es la que escapa á ser vista por el microscopio, que es lo mismo que según la hipótesis de Hort pasa con la evolución en el piojo del microbio descubierto por él en el tifus exantemático; lo que muestra cierta rara analogía entre estas dos entidades patológicas que con tanta frecuencia caminan juntas y se desarrollan simultáneamente en forma epidémica.

Y al llegar aquí conviene formular una pregunta, que tiene una alta significación para la profilaxis del tifus exantemático: ¿Es el piojo el único medio de transmisión al hombre de este padecimiento?

Para Nicolle y la escuela francesa en general, la contestación es rotunda y afirmativa: Sólo el piojo es capaz de transmitir esta dolencia, y en la destrucción de este parásito del hombre está la base racional única de toda lucha contra las epidemias de tifus exantemático. Para estos autores, las experiencias de Túnez y el éxito alcanzado en la casi total extinción de la epidemia que existía antes en aquella residencia francesa, no dejan lugar á duda.

A las experiencias de los Médicos franceses y americanos, antes de comenzar la guerra, se ha sumado el éxito obtenido durante

la campaña actual en la prevención y extinción de los diferentes focos epidémicos de tifus exantemático que se han presentado en los distintos ejércitos beligerantes. Acaso no haya ningún país de los que están en guerra que no haya puesto en vigor con excelente resultado la lucha contra el piojo en la profilaxis de sus tropas para prevenir las del tifus. En las grandes epidemias, como en la de Servia de principios de 1915, el resultado obtenido por la Sanidad militar inglesa, que tomó sobre sus hombros la honrosa tarea de combatir la terrible plaga que diezmo el ejército y la población civil servios, fué verdaderamente sorprendente, sin que en el régimen impuesto en los hospitales, así como á las tropas y al elemento civil, presidiera más principio científico que el despiojamiento de las cosas y personas. Cuenta el malogrado Gochmann, muerto, por cierto, contagiado del tifus exantemático, en su célebre obra *Lehrbuch der Infektionskrankheiten*, que un Médico servio, amigo suyo, refiriéndose á la eficacia del despiojamiento en la prevención del tifus exantemático, le dijo que durante la anterior guerra balcánica, en el Hospital de Kumanowo, dedicado á la asistencia de enfermos de tifus, se hizo la experiencia de acostar en la propia cama de algunos de ellos, estando completamente libres de piojos, á otros individuos sanos, y jamás se dió el caso de contagiarse ninguno de éstos. Aunque el experimento desde el punto de vista moral deba ser censurado, no se puede menos de convenir en que es harto convincente y demostrativo.

De todo lo anteriormente dicho se han desprendido los siguientes postulados: 1.º, la profilaxis del tifus consiste en la destrucción de los piojos en personas y cosas, singularmente en los vestidos; 2.º, una población que no tenga piojos, está al abrigo del tifus exantemático; 3.º, después del despiojamiento, el enfermo atacado de tifus no es dañoso; y 4.º, un enfermo sin piojos no es contagioso.

No todo el mundo está conforme con esta teoría etiológica tan sencilla y seductora; y hay muchos higienistas, singularmente los ingleses, que sin negar que los piojos sean el principal agente de transmisión del tifus, y que á su importante papel en el contagio de hombre á hombre se deba el éxito alcanzado en la lucha moderna contra este padecimiento, sostienen que no se puede negar en rotundo que el germen exantemático desconocido pueda transmitirse por otro medio distinto del piojo, sin que antes se conozca

mejor de lo que se conoce hoy la etiología y la patogénesis del tabardillo.

Un médico militar francés, el Dr. Larrieu, encargado de una misión en Servia durante la última epidemia de tifus, ha escrito recientemente un trabajo titulado *Notes sur l'etiologie et la prophylaxie du Typhus Exanthématique*, en el cual se opone al sentido absoluto de la doctrina etiológica de Nicolle, fundándose en las condiciones biológicas propias de los piojos de la cabeza y de los vestidos, que no les permiten sobrevivir largo tiempo en las ropas, en las habitaciones y en las demás cosas ó efectos que pueden contenerlos, si se ven privados de la sangre humana, que es su único alimento. El piojo de la cabeza, según Larrieu, fuera de las condiciones normales de su existencia, vive un tiempo muy corto, varios días solamente; y el piojo de los vestidos, aunque dura más, no prolonga su vida lo bastante para explicar la presentación de contagios presentados, por ejemplo, en locales donde se alojaron tíficos mucho tiempo antes, como dice el autor que aconteció durante la guerra de Crimea, donde los barcos encargados de conducir tropas presentaron varias epidemias de tifus, por haber colocado las expediciones sanas en locales donde hacía varios meses habían ocurrido casos de tifus exantemático. Sin embargo, á decir verdad, el folleto publicado por Larrieu no ofrece aquella información experimental perfecta, irrefutable, en lo que se refiere á la resistencia vital del piojo fuera de su existencia parasitaria, que pudiera representar una argumentación formal, definitiva, contra la teoría simplicista de Nicolle.

Una mayor objeción, sin embargo, podría hacerse á dicha teoría, recogiendo y admitiendo las nuevas ideas de Hort é Ingram sobre el microbio del tifus por ellos observado. Estos autores, en 1914, consiguieron, según dicen, producir en un macaco una enfermedad que apareció tener todos los caracteres del tifus exantemático, mediante la inyección intravenosa de un primer cultivo en agar sangre de un pequeño cocobacilo recogido de la orina fresca de un tífico. Este microorganismo, que es el mismo que encontraron en la sangre y en el líquido céfalorraquídeo de los enfermos, y que en la fase virulenta y peligrosa de su pleomorfismo es ultravisible y filtrable por las bujías Berkefeld, se encuentra en gran cantidad, según aseguran los referidos autores, en el depósito centrifugado de la orina fresca de los enfermos exantemáticos;

de donde se desprende que la orina, durante el período agudo de la fiebre, puede ser altamente infectiva, y, por tanto, capaz de algún modo de producir el contagio de la enfermedad con independencia del piojo. Si esta opinión de los investigadores ingleses se confirmara, habría de admitirse que de la misma suerte que la orina es capaz de eliminar los gérmenes específicos, podrían serlo también otras secreciones de los enfermos durante el período agudo y virulento de la enfermedad; así como que las propias escamas de la piel, según creen todavía los que ven en el tifus exantemático una infección del género de las eruptivas, fueran capaces de extender el contagio por doquier.

No negamos la posibilidad de que existan estas ú otras formas de contagio, porque somos enemigos de conceptos absolutos, cerrados, muchas veces sugeridos por ideas impuestas por la moda, sobre todo tratándose de una infección como ésta, cuyo agente microbiano no es todavía conocido de una manera incontrovertible. Lo que sí se puede asegurar es que si existe otro medio de transmisión del tifus á más del piojo, ese otro medio ejerce un papel secundario, comparado con el de este ectoparásito en la propagación del padecimiento y en la génesis de las epidemias de tifus exantemático en general.

Las razones en que se funda esta creencia son las siguientes: Primera, que todas las circunstancias externas que favorecen el desarrollo del tifus exantemático, y que han sido bien observadas y señaladas por los médicos de todos los tiempos, como son: la miseria, la suciedad, el hacinamiento, etc., tienen fácil explicación dentro de esta teoría, en cuanto favorecen á su vez la producción y propagación de los ectoparásitos del cuerpo; segunda, que la facultad de transmisión del contagio por los vestidos, locales y demás objetos puestos en contacto con los enfermos, está en relación con la capacidad de éstos de contener piojos infectados durante más ó menos tiempo; tercera, que, en realidad de verdad, hasta ahora no hay ningún otro modo de transmisión demostrado experimentalmente, ó sea científicamente, más que el del piojo, pues todos los demás son meras hipótesis ó suposiciones; y, por último, y esta es la razón fundamental, que la profilaxis desarrollada y escrupulosamente practicada con arreglo á la teoría del despiojamiento, triunfa siempre de un modo sorprendente sobre las epidemias de tifus exantemático, como lo está demostrando la práctica

de la guerra actual, en los muchos casos en que ha habido ocasión de combatir con éxito focos graves de esta enfermedad entre las tropas, recurriendo sólo al sistema de hacer desaparecer los ectoparásitos del cuerpo de los enfermos y de los individuos expuestos al contagio, así como de las cosas capaces de contener de algún modo los piojos transmisores del padecimiento.

V

PRECEPTIVA EPIDEMIOLÓGICA

La preceptiva epidemiológica de una enfermedad contagiosa cualquiera está supeditada á la idea etiológica que se tiene de ella; y en este concepto, las antiguas medidas generales aplicadas á las epidemias de tifus exantemático han sido recientemente rectificadas y ampliadas en el sentido de la destrucción de los ectoparásitos del cuerpo, considerados como agentes transmisores del padecimiento.

A una profilaxis social perfecta y previsora incumbe, en primer término, evitar ó precaver la llegada á un lugar indemne de individuos enfermos, convalecientes ó portadores de parásitos infectados del germen del tifus exantemático. Como no conocemos aún el microbio productor de esta dolencia, no sabemos á ciencia cierta si existen personas sanas que, habiendo padecido el mal ó siendo inmunes á él, puedan, sin embargo, ser transmisoras y propagadoras del contagio; pero lo que sí sabemos es que ciertos individuos pueden llevar en sus cuerpos ó en sus vestidos piojos infectados, capaces de introducir y propagar la enfermedad en una población ó colectividad hasta entonces indemne; y como la experiencia ha demostrado que estas personas son singularmente los pordioseros, los vagabundos, los gitanos y toda clase de gentes pobres, desarrapadas y sucias; que de un lugar á otro llevan con sus miserias los parásitos capaces de transmitir la enfermedad, nace de aquí una primera regla de previsión, que consiste en vigilar cuidadosamente en cada localidad la llegada de estos verdaderos portadores del parásito transmisor, contra los cuales hay que desarrollar la misma atención y actividad que hoy se despliega por los higienistas modernos contra los portadores de gérmenes de otras infecciones en las que este modo especial de propagarse

el contagio está evidentemente demostrado. Estas ideas sirven hoy de base en algunos países para tomar medidas de carácter internacional en puertos y fronteras, y bien justificado estaría que nosotros las adoptáramos en ciertos lugares peligrosos de nuestras fronteras terrestres y marítimas.

Cuando toda previsión haya fallado en este primer punto, y el tífus exantemático invada un lugar cualquiera, surge en seguida la necesidad de que no pasen desapercibidos los primeros casos. Y he aquí una dificultad que en las epidemias de tífus sube de punto, por la sorpresa que causa á los médicos los primeros ataques, no estando prevenidos ni acostumbrados á juzgar de un síndrome general, que puede confundirse á primera vista con el de otras infecciones similares. Además, el tífus es una enfermedad tan varia, tan polifórmica en sí, que algunas formas clínicas especiales, desarrolladas con carácter epidémico en algunos países, han sido por mucho tiempo consideradas como entidades patológicas distintas. Así ocurrió con la llamada enfermedad de Brill en los Estados Unidos, y la denominada por los alemanes enfermedad de Weilscher, que luego de estudiadas convenientemente una y otra á la luz de los conocimientos modernos, han resultado ser formas clínicas, en apariencia distintas, pero idénticas en naturaleza al tífus exantemático. Otro motivo de confusión, sobre todo en los primeros momentos de las epidemias, son las formas leves, ambulatorias y disfumadas del mal, que pasan desapercibidas, y que, sin embargo, pueden ser una fuente terrible de contagio y de propagación indefinida de la enfermedad. En este sentido, los niños son los que merecen mayor atención, pues con mucha frecuencia son atacados de formas clínicas ligeras que pasan inadvertidas, sin que con ellos se tome ninguna prevención para evitar el contagio á los demás. Sobre este punto ha llamado principalmente la atención Nicolle, con motivo de las epidemias estudiadas por él en Argelia.

Por todas estas razones conviene asegurar el diagnóstico del tífus exantemático, reforzando los métodos clásicos del examen clínico del mismo con los nuevos medios que los estudios etiológicos y serológicos ofrecen hoy al médico práctico. Estos medios son dos principales: el fenómeno de la desviación del complemento, y la inoculación de sangre de los enfermos en el peritoneo de los cobayas. En la desviación del complemento puede usarse como anti-

geno del extracto de los órganos de los individuos muertos de tífus exantemático, y además, según dicen, el suero de los convalecientes en los primeros días que siguen á la curación. Según Markl, la desviación del complemento puede ser un gran auxiliar del diagnóstico precoz, porque, á las veces, da resultado positivo ya al tercer día de la enfermedad, y, por tanto, mucho antes de que pueda resultar fácil el diagnóstico hecho sólo con el síndrome clínico de los enfermos. La importancia del fenómeno de Bodet en este padecimiento es singularmente grande en los casos raros, atípicos, en que no aparece claro el exantema. Aunque no se trata de un hecho de observación constante, tiene, sin embargo, una gran significación diagnóstica cuando el resultado de la investigación es positivo.

Otro medio de diagnóstico, muy útil en los primeros casos dudosos de toda epidemia, es la inyección peritoneal de dos ó tres centímetros cúbicos de sangre desfibrinada del individuo sospechoso en la cavidad peritoneal de un conejillo de Indias. En caso afirmativo, el animal enferma y muere en breve plazo de la infección artificial. Por cierto que, en caso de necesidad, puede utilizarse el extracto de los órganos de los cobayas muertos por este procedimiento, como antígeno específico en la prueba de la desviación del complemento. Claro está que de tenerse á mano, lo que es difícil, si no imposible, animales superiores susceptibles como los chimpancés ú otra clase de monos más inferiores, sería preferible utilizar éstos para la prueba experimental, ya que en el chimpancé, sobre todo, se provoca la enfermedad con todos los caracteres típicos del hombre, hasta con el exantema, muy visible, en la cara del animal.

Un fenómeno muy raro observado por Nicolle, y aprovechable para el diagnóstico del tífus, á juicio de este autor, es la presencia frecuente de aglutininas en el suero de la sangre de los tíficos que obran sobre el micrococcus melitense; es decir, que una reacción positiva con el micrococo de Bruce, en un enfermo sospechoso, tiene cierto valor diagnóstico. Por chocante que resulte este fenómeno, al parecer tan contrario al sentido de especificidad que se atribuye en general á los anticuerpos, no puede menos de admitirse como un hecho de observación indiscutible que, unido á otros muchos de este jaez, limitan bastante el concepto absoluto de especificidad que se tenía antes de las aglutininas.

Las enfermedades con que más fácilmente se confunde el tifus exantemático son la fiebre tifoidea, la recurrente, las fiebres eruptivas, la meningitis cerebro-espinal y la peste. Respecto á esta última, la presencia de infartos ganglionares en la crisis y convalecencia del tifus, y las inflamaciones de las glándulas submaxilares y los ganglios de las ingles que á las veces se presentan en el mismo, dan á éste apariencias de una infección pestosa, hasta tal punto, que el gran clínico inglés Carlos Murchison creyó que las dos enfermedades eran idénticas. He de recordar á este propósito que, en una epidemia grave de tifus exantemático que hubo el año 1907 en La Unión, cerca de Cartagena, adonde fué una Comisión oficial presidida por el Inspector de Sanidad Interior, Sr. Bejarano, y dos Médicos militares del Instituto de Higiene Militar, por haberse dado muchos casos entre la tropa, las apariencias de la forma clínica en la mayor parte de los enfermos engañaron de tal suerte, que la Comisión dudó mucho si se trataba de peste, y hasta hubo algún individuo de ella que lo afirmara rotundamente.

La diferencia con la fiebre tifoidea es hoy fácil y segura, dados los modernos medios de investigación diagnóstica de ella, sobre todo los que se refieren á la determinación del gérmen específico en la sangre, heces, orina, etc., y las reacciones serológicas de aglutinación, precipitación y desviación del complemento. A propósito de las analogías de la fiebre tifoidea con el tifus, quiero consignar aquí, á título de curiosidad científica interesante, lo observado recientemente por el Dr. Mollow, Médico del Hospital Alejandro, en Sofía, sobre el resultado de la aplicación de la vacuna sensibilizada de Besredka al tratamiento de estas dos enfermedades. La circunstancia, dice el Dr. Mollow, de entrar en el Hospital 140 soldados búlgaros, de los cuales la mayor parte padecían de fiebre tifoidea, muchos de fiebre recurrente y algunos de tifus exantemático, proporcionó ocasión para experimentar la eficacia de la vacuna de Besredka en la terapéutica de la fiebre tifoidea; pero habiendo inoculado por casualidad algunos enfermos de tifus exantemático, no bien diferenciados de los anteriores, pudo observarse, con asombro, que la aplicación intravenosa de la vacuna producía en ellos un descenso evidente en la temperatura, ya por crisis, ya por lisis, y un mejoramiento positivo de todos los fenómenos generales de la infección. La repetición del experimento en casos de tifus exantemático confirmado, con los mismos favorables

resultados, dieron que pensar sobre la explicación de un hecho tan extraño y singular como éste, que anda en pugna con el concepto riguroso de especificidad que informa hoy la doctrina de la bacterioterapia en general. Sólo cabe decir, que así como en la esfera de la sueroterapia se ha observado que ciertos sueros específicos tienen acción terapéutica sobre otras infecciones diferentes, como ocurre, por ejemplo, con el suero antidiftérico aplicado, algunas veces con éxito, en el tratamiento de la erisipela y de la pneumonía, así las vacunas bacterianas pueden ejercer, á las veces, acción terapéutica favorable sobre otras distintas infecciones, con las cuales deben estar ligadas, sin duda, por cierta misteriosa analogía, todavía no muy bien estudiada ni reconocida. Con relación al sarampión, que es la fiebre eruptiva que más puede confundirse con el tifus, á más de tener en cuenta los caracteres y localización del exantema, que en el tifus rara vez invade el rostro, hay que fijar la atención en el hecho de que, así como en casi todas las enfermedades eruptivas la fiebre sufre un descenso en el momento de aparecer la erupción, en el tifus, al contrario, la presentación del exantema coincide con una recrudescencia, o, cuando menos, con una continuación de la temperatura febril. La fiebre recurrente puede ser fácilmente diferenciada del tifus por el descubrimiento del espirilo de Obermeyer en la sangre de los enfermos. Por último, en los casos de duda con la meningitis cerebro-espinal, bastará hacer la punción lumbar é investigar seguidamente la existencia del meningococo de Weichselbaum en el líquido céfalorraquídeo, para establecer con seguridad el diagnóstico diferencial con el tifus exantemático.

DR. M. MARTÍN SALAZAR,
Subinspector Médico de 2.^a

(Continuará.)

ATENEO DE SANIDAD MILITAR

Continuación de la sesión del día 11 de Mayo de 1916: comunicación del Médico mayor D. Santos Rubiano.

Las dos cuestiones á tratar, inicia el Sr. *Rubiano*, de pretuberculosis y tuberculización en el Ejército, ofrecen, por parte de la

primera, una ampulosidad tal en lo que á la significación del vocablo debe darse, que aunque con ello haya querido estatuirse uno ó varios estados pomposamente bautizados, dicho calificativo no viene á ser otra cosa que el tradicional concepto de predisposición; al admitir esta suposición, y de serlo, en qué grado y hasta qué punto, la primera dificultad con que se tropieza es la falta de unanimidad de criterio entre clínicos y observadores, al fijar el alcance y determinación de ciertos hechos fundamentales referentes á la pretuberculosis.

Para basar esta afirmación, hace una crítica detallada de la doctrina llamada de la *disposición congénita á la enfermedad*, la cual, sometida recientemente al método matemático de la escuela eugénica inglesa, ha recibido una sanción que se ha creído definitiva é inapelable, por considerar de un modo muy especial el lazo causal de la herencia.

La teoría de la herencia era una hipótesis lógica cuando se desconocía el mecanismo patogénico de la enfermedad, su etiología parasitaria; mas con el descubrimiento de la infecciosidad de la tuberculosis, y el hallazgo de la revelación de su existencia con factores que la influencian, hubo de pensarse en que la admisión del carácter congénito no ha obedecido sino al desconocimiento de otro atributo común más general.

Continúa haciendo un detenido análisis crítico de la teoría de la herencia, señalando las nuevas orientaciones que se sucedieron, emanadas del conocimiento más perfecto que se iba teniendo de la enfermedad, desde admitir la herencia de ésta, la de la predisposición específica ó la del contagio directo, hechos todos que, según afirmación del disertante, han quedado invalidados por el fracaso de la experimentación, como igualmente lo ha sido la interpretación que hoy quiere darse á algunas conclusiones de la inmunología, al dejar como sentado que el hijo del tuberculoso ofrecería particular inmunidad para la tuberculosis.

Fundándose después en cifras estadísticas, según el sexo, la edad, las razas y las profesiones, para buscar en el ciclo individual, según determinadas estructuras fisiológicas, la mayor ó menor predisposición, rechaza de pleno esas mismas cifras, porque ellas no representan una inminencia más frecuente á padecer la enfermedad, sino que el nódulo fijo de convergencia daría un determinado grupo, por ejemplo, el de la edad, que se marca entre los

veinte y veintidós años, carece de todo valor, á juicio del confe-renciante; porque si ese nódulo de mortalidad converge precisa-mente en esa época vital del individuo, es debido, sencillamente, á que es la edad que más abunda en la población.

Estudió después las condiciones especiales del terreno orgáni-co que abonan la vegetación del parásito, y de ellos, en primer término, la desproporción arquitectónica del cuerpo, como causa eficiente de la incompleta función respiratoria: sus mismas obser-vaciones entre la distribución geografía de la talla y la corres-pondiente á la mortalidad por tuberculosis resultaron fallidas, por la advertencia de una excepción, la de Asturias, que con tallas relativamente bajas se obtienen altas cifras de tuberculosos.

Todo ello, en sentir del comunicante, ha traído consigo las mo-dificaciones que ha tenido que sufrir la debida computación de un coeficiente de robusticidad aplicado á los reclutas, y siendo de opi-nión firmísima de que, más que los vicios de conformación, son los trastornos intrínsecos de nutrición, de evolución orgánica y de osifi-cación, los factores esenciales de tuberculización, siéndolo de igual manera la repetición y persistencia de inflamación y congestiones del aparato respiratorio, así como la pleuresía seca ó con derrame—cuando no es complicación de un estado de pulmonía—por lo que coarta la función respiratoria.

Se ocupa seguidamente del escrofulismo, considerado en su an-tiguo concepto como estado previo ó primera etapa de la tubercu-losis y en su orientación más reciente de dar á la escrófula el sig-nificado de defensa contra la tisis de origen infectivo; razonó ampliamente sobre ambas cuestiones y explicó el mecanismo en virtud del cual el escrofuloso podría ser, á su modo de ver, el re-sultado de una presumible infección hoy criptogenética, primera fase de la ulterior tuberculosis, á la que se llegaría por la invasión de tejidos más profundos y modificación ácidorresistente de un hipotético primitivo agente infectivo: las denominadas fiebre gan-glionar y de crecimiento serían también, en otro orden de hechos, manifestaciones reaccionales de dicha infección criptogenética, for-ma primitiva de la tuberculígena.

Siguiendo en el análisis de los hechos conocidos, argumenta en pro del concepto que, según su modo de pensar, nos explicaría algunas formas de pretuberculosis; dedica un recuerdo histórico al empírico antagonismo entre artríticos y tuberculosos, cuyo funda-

mento científico pudiéramos hallarlo hoy en el metabolismo nutritivo, en lo que respecta á los no artríticos: en los individuos de exagerado quimismo intraorgánico, punto de origen de trastornos nutritivos que se denuncian por diversos fenómenos clínicos, cabe suponer si ya no corresponden al proceso infectivo en incubación; dedujo, de todo lo expuesto, que en los individuos sin tara conocida la tuberculosis evoluciona con la mayor rapidez, en tanto que los descendientes de tuberculosos, por virtud de su escrofulismo y el retardo con que se verifican sus funciones desasimilativas, fallecen de tuberculosis tórpidas, defendiéndose, en muchos casos, durante largos años.

Pasó á ocuparse á continuación del problema de la tuberculización, especialmente en el Ejército, y fundándose en los puntos doctrinales de su conferencia, cita dos hechos previos, importantes, según su opinión, al particular que le ocupa: 1.º La tuberculosis pulmonar disminuye considerablemente en la vida de campaña al aire libre, en países secos, como Melilla y Ceuta. 2.º El destacarse la mortalidad por tuberculosis en nuestro Ejército, evolucionando el proceso según la forma más rápida, por la circunstancia de que la edad militar es donde prepondera la enfermedad en su forma más aguda.

Y como en sentir de todos y la realidad es, que la vigilancia más exquisita y el celo más extremado no bastan siempre á descubrir estos procesos insidiosos, y como, por otra parte, al penetrar el soldado en el medio militar se halla en las graves condiciones de defensa orgánica, dada su procedencia y cambio absoluto de vida, fácil es adivinar, terminó diciendo, lo que ocurre: la caída bruesa en el medio y las circunstancias de elección, que dijérase creadas para que vegete á sus anchas el germen productivo, y la conversión súbita del individuo por el nuevo género de vida en un medio de cultivo particularmente apto para el desarrollo del hongo tuberculígeno.

Habiendo transcurrido las horas reglamentarias, el Sr. Presidente levantó la sesión.

El Secretario de actas,

J. DE BARTOLOMÉ RELIMPIO

VARIEDADES

Por Real decreto de 7 del corriente ha sido promovido al empleo de Inspector el Subinspector Médico de primera clase excelentísimo Sr. D. José Alabern, ilustre personalidad de nuestro Cuerpo, cuyos grandes prestigios personales y científicos le llevaron á ocupar distinguido puesto entre los Facultativos de la Real Cámara.

Su ascenso será muy bien recibido por cuantos estiman las dotes de ilustración, afabilidad y modestia del nuevo Inspector, al que felicitamos cordialmente.

*
* *

El Médico primero D. Fidel Pagés ha tenido la atención de participarnos haber trasladado su domicilio y consulta á la calle de la Lealtad, núm. 14.

*
* *

El día 28 de Junio último celebró la Asociación Filantrópica de Sanidad Militar Junta general extraordinaria, siendo aprobada por mayoría, después de discutida detenidamente, la siguiente proposición, presentada por la Directiva, con el fin de lograr que todos los Jefes y Oficiales del Cuerpo pertenezcan á la Asociación:

«Que quede en suspenso durante un plazo de tres meses el artículo 4.º del Reglamento, para que los socios dados de baja voluntariamente puedan solicitar su reingreso, ó su ingreso los que no le pidieron al ser promovidos á Oficiales, satisfaciendo únicamente las cuotas corrientes, pero sin tener derecho á los beneficios de la Asociación hasta que transcurra un plazo igual á la mitad del tiempo que por no ser socios no abonaron la cuota mensual.»

*
* *

Recortamos de nuestro estimado colega *España Médica*:

«*Jubilación forzosa.*—Parece ser que el Ministro de Instrucción Pública tiene preparado un Decreto estableciendo la jubilación forzosa del Profesorado de Universidades á los setenta años, corrigiendo así el abuso que ahora se comete de que estén desem-

peñando cátedras personas de incapacidad física manifiesta, y que los Claustros dan por útiles por un sentimiento de compañerismo disculpable.

Para la juventud estudiosa es de un beneficio indudable el establecimiento de las jubilaciones, puesto que así se sabrán las vacantes que habrán de ocurrir á fecha fija, y se puede hacer una preparación con tiempo suficiente, y no como ahora, que obedecen al azar.

Tememos que la eterna cuestión de los intereses creados y la gestión de los viejos, poco resignados al pase á la reserva, dificulte la realización de esta iniciativa lógica.»

*
* *

La Junta de Gobierno del Colegio provincial de Farmacéuticos de Madrid ha quedado constituida en la forma siguiente:

Presidente, D. Ramón Sáiz de Carlos.

Vicepresidentes: D. Jacinto Baranguán y D. Alvaro Martínez Campos.

Tesorero, D. Amable Duperier.

Contador, D. Sabino Plaza.

Vocales: D. Pablo Durán, D. Emilio Colmenar y D. Guillermo Torres Muñoz.

Secretarios: D. Mariano Campiña y D. Modesto Maestre.

*
* *

El Médico primero D. Práxedes Llisterri ha pronunciado una interesante conferencia en el Instituto Médico Valenciano, acerca de «La Medicina de accidentes del trabajo», que reproduce nuestro estimado colega profesional *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* en uno de sus pasados números.

*
* *

El Secretario de la Asociación de la Prensa Médica española Subinspector Médico del Cuerpo D. Emilio Pérez Noguera, ha tenido la atención, que le agradecemos, de enviarnos los acuerdos de la última Junta general extraordinaria, en la que también se pro-

cedió á la elección de la Directiva, quedando constituida por los señores siguientes:

Socios de honor: D. Carlos M. Cortezo y Prieto, D. Angel Pulido y Fernández, D. Francisco Marín y Sancho, D. Rafael Rodríguez Méndez, D. Sebastián Recasens, D. Antonio Simonena, don Manuel Tolosa Latour, D. Antonio Espina y Capo, D. Antonio García Tapia, D. Víctor Delfino, D. Diego Tamayo y Sr. A. Herrera.

Presidente, D. Luis Ortega Morejón.

Vicepresidentes: D. Ricardo Royo Villanova, D. Andrés Martínez Vargas, D. José de Eleízegui, D. Federico Toledo, D. Macario Blas y Manada, D. José Verdes Montenegro y D. Víctor Ruiz Albéniz.

Secretario general, D. Emilio Pérez Noguera.

Secretario de actas, D. Daniel Sánchez Ribera.

Vocales: D. Faustino Barberá, D. José Chabás, D. Manuel Vela, Sr. Fuente Arrimadas, D. José Valles Ribot, D. Augusto Almarza, D. Florestán Aguilar, D. Joaquín Alexandre, D. Federico Gómez de la Mata y D. Joaquín Arquellada.

Tesorero, D. Benito Remartínez.

*
* *

Han quedado suspendidas las sesiones del Ateneo de Sanidad Militar hasta el próximo Octubre, en que se procederá á la elección de algunos cargos de la Junta directiva.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Seroterapia de la poliomielitis.— Desde su comunicación del 7 de Abril de 1914, M. Netter ha aplicado la seroterapia á 26 nuevos casos de poliomielitis, lo que eleva á 32 el número de los enfermos que han recibido en el conducto raquídeo el suero proveniente de sujetos que habían padecido de parálisis

infantil, obteniendo seis curaciones completas, tres mejoras vecinas á la curación y siete mejoras menores.

La rapidez bajo la cual han aparecido los progresos, su acentuación en el curso del tratamiento, su detención ó regresión después de la interrupción de aquél, no permi-

ten poner en duda la influencia de la medicación empleada. La seroterapia es susceptible de detener la marcha invasora de la enfermedad y de hacer desaparecer lesiones ya constituidas.

Los resultados podrán ser obtenidos á condición de que el tratamiento se comience en un periodo muy próximo al principio, del primero al cuarto día de la parálisis. Se podrá prevenir la aparición de las parálisis si se practican antes del periodo preparalítico.

El suero de los sujetos que han tenido parálisis infantil conserva su eficacia durante más de treinta años, pareciendo preferible dirigirse á sujetos cuya parálisis remonta á menos de cinco años. La inyección debe hacerse en el conducto raquidiano, y renovarse durante ocho días consecutivos.

Las dosis empleadas varían entre 5 y 13 centímetros cúbicos.

El suero humano es mejor tolerado que el suero de caballo, y provoca algunas veces cierta reacción inflamatoria de las meninges, que habitualmente se limita á un cambio de la composición celular del líquido céfalorraquídeo, traduciéndose por fiebre y dolores de rara intensidad. Su posibilidad no debe hacer temible la inyección.—(*Bulletin de la Academie de Médecine*, Octubre 1915.)—*J. P.*

* *

Diez casos de cirugía cerebral, por el Dr. A. Guepin.—El autor ha operado durante la actual campaña diez soldados que presentaban encefalocelos voluminosos. Afirma que el encefalocelo no se presenta nunca sin infección meningea ó cere-

bral. Si no hay fiebre y existe el coma, revela un absceso central; si hay fiebre y cefalalgia, un absceso meningeo. Su método operatorio ha consistido en, previa una craneotomía, extirpar el encefalocelo, extraer esquirlas que formen secuestros y cuerpos extraños, abrir los abscesos y drenarlos. Otras veces ha procedido á la destrucción lenta del encefalocelo por el termocauterio. Para operaciones extensas emplea la anestesia general; pero en los casos de intervenciones muy localizadas y repetidas, basta con anestesiar los colgajos cutáneos; el tumor nervioso puede amputarse con el bisturí ó con el termocauterio sin dolor alguno.

De los diez casos operados falleció uno. Se trataba de un Suboficial con hundimiento frontoparietal derecho y encefalocelo de la porción rolandica, que sucumbió cuatro días después de la operación sin haber presentado en esos días síntomas de hemiplejía. Otro enfermo presentó, después de operado, síntomas de afasia y hemiplejía que mejoraron por intervenciones posteriores, así como crisis epileptiformes. También aquí se trataba de encefalocelo de la región frontoparietal. En los demás casos la curación fué total. Uno de ellos es el ya conocido por la Prensa no profesional, de un enfermo con voluminoso encefalocelo de la región occipital, al que se le extirpó casi el tercio posterior del lóbulo izquierdo, sin trastorno alguno consecutivo intelectual sensitivo ni de motilidad; herido que ha sido presentado á la Academia de Ciencias, de París, en 22 de Marzo y 22 de Noviembre de 1915 y 14 de Febrero de 1916. En los casos restantes se trataba de depresiones de

las regiones frontal derecha (dos casos), frontal media (dos casos), frontoparietal derecha (un caso) y parietal derecha (dos casos), con encefalocelos más ó menos extensos, nunca mucho, y en las que no hubo complicaciones que entorpecieran la curación, ni secuelas de ninguna

clase. El autor añade que ha recogido de compañeros unas doscientas treinta y cinco observaciones y organizado un museo con fotografías y modelados, que podrán servir de base á ulteriores estudios después de la campaña.—(*Le Caducee*, 1916, núm. 6.)—*F. G. D.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Método fácil para la desinfección en la guerra, por Haury y Codier.— En las difíciles y varias circunstancias impuestas por la guerra, no siempre es fácil tener á mano medios de desinfección, á los cuales pueda recurrirse en cualquier momento.

Los autores proponen en esta nota poner en evidencia los buenos servicios que pueden prestar el formol y el permanganato potásico en las expresadas circunstancias.

Este proceso de desinfección pertenece al grupo del método con el cual utilizamos la reacción termoquímica generatriz del formaldehído, desprendiéndose éste en forma gaseosa ó de vapores, y asegurándose la desinfección en profundidad.

Las proporciones que deben usarse son las siguientes:

Formol del comercio..... 20 c. c.
Permanganato potásico..... 8 gr.
para desinfectar 1 m. c.

El permanganato puede ser substituído por la cal viva, y al producirse la eferescencia, una parte del formol se evapora con el agua, procediéndose á la ventilación al cabo de seis horas.

La fórmula, en este caso, es la siguiente:

Formol del comercio..... 3 litros.
Cal viva..... 3 kg.
Agua hirviendo..... 9 litros.

(*La Presse Médicale*, núm. 52.)—*J. P.*

* * *

El valor de los síntomas anormales en el examen del corazón de los reclutas, por J. Mackenzie.—

A petición del War Office, el eminente cardiólogo Mackenzie ha dado para uso de los consejos de revisión de Inglaterra el siguiente memorándum, fechado en Septiembre de 1915:

1.º *Valor funcional del corazón.*—Antes de examinar el corazón, evaluar su valor funcional, buscando el modo como responde al esfuerzo. Esto se revela por el record del adiestramiento físico, y deportivo del sujeto. Se investigará si puede soportar un ejercicio corporal violento sin dar síntomas de desfallecimiento.

2.º *Soplos.*—Los soplos fisiológicos son siempre sistólicos, y su máxima intensidad es apoxiana, retroexternal ó basilar. Si el área car-

diaca y la reacción al esfuerzo es normal, el soplo es despreciable, pues es indudable que si la causa provocadora lesionara seriamente el trabajo cardíaco, su capacidad funcional estaría disminuida y su área aumentada.

3.º *Irregularidades cardíacas.* Sólo deben tenerse en cuenta dos variedades de arritmia (extrasistólica y juvenil respiratoria); porque las demás, como la disociación aurículo-ventricular, se acompañan de un descenso tan considerable en la capacidad funcional del miocardio, que la cuestión de aptitud se resuelve desde el primer momento en sentido negativo.

a) *Arritmias extrasistólicas.*— En estos casos, bastantes raros, el pulso puede presentar intermitencias más ó menos frecuentes. Si este síntoma está aislado; si el área cardíaca es normal; si el valor funcional apreciado, como se ha indicado al comienzo, es satisfactorio, se despreciará la arritmia y se declarará útil al sujeto.

b) *Arritmia juvenil.*— Es la irregularidad más común en los jóvenes, y se caracteriza por la irregularidad (alargamiento ó acortamiento) de las pausas después de los latidos. Estas irregularidades están subordinadas á la respiración, aumentando la frecuencia en la inspiración, y disminuyendo en la expiración. Si no es evidente la relación respiratoria, se la puede poner de relieve haciendo respirar al individuo lenta y profundamente. Este síntoma, que se presenta en individuos completamente normales, no tiene valor, y los que lo presentan deben ser declarados útiles.

c) *Efectos de la emoción.*— Algunos sujetos cuyo corazón es nor-

mal sufren palpitaciones y taquicardias durante el examen. Los latidos son violentos y precipitados, y se puede observar incluso un soplo sistólico en la punta. Si el sujeto se acuesta entonces, y respira lenta y profundamente durante algunos minutos, los latidos cardíacos disminuyen en número é intensidad, sobre todo durante la expiración. Si los antecedentes cardíacos funcionales del individuo son favorables, se le admitirá como útil. (*The Lancet*, 18 Octubre 1915.— *Presse Médicale*, 13 Marzo 1916.)— *F. G. D.*

Contribución al estudio del tratamiento sérico específico de las heridas de guerra, por Marcelo Basuet.—El autor ha tenido en tratamiento 256 casos de antiguas heridas, tratadas, pero no cicatrizadas, al cabo de ocho, diez y doce meses.

Estuvo encargado de aplicar el tratamiento helioterápico en concurrencia con el tratamiento sérico. Los resultados de este tratamiento serán fijados ulteriormente, tratando ahora solamente de fijar ciertos hechos de observación que se desprenden de la aplicación sistemática del suero polivalente de Leclainche y Vallée.

Mientras que en casi todos los heridos la curación ha sido obtenida con el solo empleo local de la seroterapia, en algunos otros, cuyo estado general era malo, pareció indicado aprovechar á favor de inyecciones hipodérmicas, las propiedades antitóxicas del suero, pudiéndose así obtener rápidas mejorías que en 26 casos fueron acompañados de fenómenos no señalados todavía, ni aun en el curso de las diversas

seroterapias antiguamente utilizadas, y que merecen llamar la atención.

En estos 26 casos, la inyección hipodérmica de 5 á 16 c. c. de suero polivalente, siempre reabsorbido sin dejar localmente la menor lesión, determinó á distancia la formación de abscesos de un carácter extremadamente especial. Todos tomaron nacimiento lejos del punto de inyección del suero, sea sobre antiguas cicatrices, ya sobre su vecindad ó la de la herida. Su flora microbiana es siempre idéntica á la de la herida. Aparecen brutalmente, en

algunas horas, en una noche, dando salida á continuación de la dilatación, por el termocauterio, á un pus muy abundante (230 á 450 c. c.), de color chocolate y de olor nauseabundo. La temperatura del enfermo, que se eleva bruscamente el día que se establece la colección, desciende instantáneamente después de la puación, y siempre en este caso se asiste á la cesación rápida de la supuración, á la oclusión de fístulas y á la mejoría del estado general, deficiente hasta entonces. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, núm. 15.)—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Recuerdo apologético del Dr. Francisco Franco, Catedrático de Medicina.—Siglo XVI.—Discurso leído por el socio Dr. D. Ricardo Albert Prósper, en el Instituto Médico Valenciano, el día 31 de Marzo de 1916.

Lucha el autor, en la explanación de su erudito trabajo, con la escasísima bibliografía que ha podido reunir acerca del notable médico que tanto renombre alcanzó en las reputadas Universidades de Alcalá de Henares y de Coimbra (Portugal); correspondiendo al Dr. Albert, á más del mérito intrínseco de su discurso, que es grande por la perseverancia que supone la recogida, ordenación y discusión de los datos referentes al asunto, el esclarecimiento del lugar de nacimiento del Dr. Franco (Játiba), disputado y discutido por los historiadores lusitanos, que le suponen originario de Portugal.

Los comentarios á las obras del insigne Catedrático están revelados con sumo acierto, siendo el autor de este trabajo digno del mayor elogio, que por nuestra parte sinceramente le tributamos.—*J. P.*

Juicio crítico acerca de la eficacia de los tratamientos modernos de la fiebre tifoidea, por el Dr. Francisco Reig.—Memoria premiada con el título de Socio honorario del Instituto Médico Valenciano, en el Concurso de 1916.

Trátase de un completo estudio crítico de los medios propuestos para combatir el tifus abdominal, sabiamente ordenados por el autor, á los cuales asigna el verdadero valor que, á su juicio, deben ostentar, para establecer el cual, desarrolla los principales recursos terapéuticos en varios capítulos, razonando con acierto el alcance de cada uno de ellos.

Sobresale entre dichos capítulos el dedicado á las vacunas; siendo las conclusiones que establece el Dr. Reig en su trabajo, producto de un severo y atinado estudio, que muy en justicia ha sabido galardonar el Instituto Médico Valenciano.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 29 Junio.—Real decreto (*D. O.* núm. 145) substituyendo la denominación de Medalla de África de las campañas del Riff por la de Medalla militar de Marruecos, y dando reglas para su uso.
- 30 » Real orden (*D. O.* núm. 145) disponiendo que el Médico mayor D. Francisco Escapa Bravo, que actualmente tiene su destino en la Fábrica de Armas de Oviedo, pase á situación de excedente en la 2.^a Región y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. José Delgado Rodríguez, Inspector de Sanidad Militar de la misma.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 146) concediendo al Médico segundo D. Idefonso Aguilar Felipe, la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, por haber obtenido el número uno en todas las asignaturas, sin excepción, al terminar el curso próximo pasado de la Academia Médico-Militar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo dé comienzo en 1.^o de Octubre próximo un curso de ampliación de estudios de Bacteriología y análisis en el Instituto de Higiene Mili-

tar, para el que será designado un Médico primero por cada una de las Regiones primera, tercera y quinta, y que entren también en turno desde el próximo curso los destinados en los distritos de Canarias y Baleares, puesto que dichos distritos se rigen en la actualidad, por lo que se refiere á destinos, por las mismas reglas que los de la Península.

30 Junio...—Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo que la Real orden circular de 8 de Abril último (*D. O.* núm. 82) relativa al establecimiento de cursos de ampliación de Cirugía y prácticas del servicio de ambulancia, conocimiento y manejo del material de curación y transporte, y hospitales de campaña en los Hospitales militares de Madrid-Carabanchel, Sevilla, Barcelona, y Ceuta, quede ampliada en el sentido de que se establezcan en Madrid dos cursos, uno en el primer Hospital citado para los Médicos de las Regiones afectas, y el de la Región destinado fuera de la plaza, y otro en el Hospital militar de urgencia para los Médicos destinados en la plaza, y que asistan al curso sin perjuicio del servicio.

» » Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo que los Inspectores de la primera, tercera, quinta y séptima Regiones propongan, respectivamente un Médico primero para que asista al curso de Radiografía, Radiología, Radioscopia y Electroterapia, que deberá comenzar en el Hospital militar de Madrid-Carabanchel, el 1.º de Septiembre próximo, y que entren también en turno los de Baleares y Canarias, agregándose Baleares á las regiones impares, y Canarias á las pares.

1 Julio...—Real orden (*D. O.* núm. 146) concediendo al Subinspector Médico de primera clase D. Eugenio Fernández Garrido dos meses de licencia, por enfermo, para Puente Viesgo (Santander) y Santiago (Coruña).

» » Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo continúen en la plaza de Huesca hasta el 15 del actual el Médico mayor don Joaquín de Benito Azorín; y el Médico primero D. Alberto Forés Palomar, para terminar las operaciones de revisión ante la Comisión mixta de Reclutamiento de dicha provincia.

» » Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo continúen en la plaza de Soria hasta el 27 del actual el Médico mayor D. José

Luis Saavedra y el Médico primero D. Francisco Pey Bel-sué, para terminar las operaciones de revisión ante la Comisión mixta de Reclutamiento de dicha provincia.

- 1 Julio. .—Real orden (*D. O.* núm. 147) nombrando Vocal interino de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Baleares (Sección de Menorca) al Médico primero D. Vicente Ganzo Blanco.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 147) nombrando interinamente para la observación de útiles condicionales ante la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Madrid, al Médico primero D. Florencio Herrera Meaguijón.
- 3 » Real orden (*D. O.* núm. 147) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Médicos segundos D. Saturnino Gener Ripoll y D. José Nover Almoguera.
- 4 » Real orden (*D. O.* núm. 148) disponiendo, como aclaración á los preceptos consignados en las disposiciones de creación del Estado Mayor Central, que las gratificaciones que devenga el personal en el destinado son las señaladas para sus similares que prestan sus servicios en los establecimientos de instrucción.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 148) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Isidro Sánchez Fairén.
- 5 » Real orden (*D. O.* núm. 151) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico primero don Miguel Roncal Rico y al Farmacéutico primero D. Rafael Comas Vilar.
- 7 » Real decreto (*D. O.* núm. 151) promoviendo al empleo de Inspector Médico de segunda clase al Subinspector Médico de primera D. José Alabern Raspall.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 151) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Burgos al Médico primero D. Ovidio Fernández Rodríguez.

