

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA



Año II

Madrid 15 de Abril de 1908

Número 8

SUMARIO

Intervención quirúrgica en la tuberculosis del testículo, por V. Plaza Blanco.—Fractura del cráneo curada por la punción lumbar, por F. Alberico.—Organización de los servicios médicos en el Ejército ruso en tiempo de guerra.—*Prensa médica*: Las inyecciones de bismuto para el diagnóstico y tratamiento de los trayectos fistulosos.—Experimentos practicados con la toxina diftérica.—La frigitoterapia precordial.—Precedimiento para el cultivo del treponema pálido.—Tratamiento de la hiperhidrosis plantar en los soldados por medio del formol.—Comentarios al Reglamento alemán de 27 de Enero de 1907 sobre el servicio de Sanidad en tiempo de guerra.—*Bibliografía*: Un libro de Cirugía militar.—Estudio de las hernias al ingreso en el Ejército.—Segunda Asamblea nacional de Veterinaria.—Comunicaciones al II Congreso internacional de las «Gotas de leche».—Apuntes de medicamentos.—Contribución á la etiología y anatomía del mal de Pott.—Artículos y notas clínicas de urología.—Reconocimiento de venenos y de medicamentos activos.—*Academia Médico-Militar*.—*Neurología*: D. Rafael Sanz Mocete.—*Sección oficial*.

BIBLIOTECA: Inmunidad con aplicación á la higiene de las enfermedades infecciosas, por M. Martín Salazar.

SUPLEMENTO: Manual legislativo de Sanidad Militar.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA TUBERCULOSIS DEL TESTÍCULO

Ya en pleno período parasitario, después de los trabajos de Klebs, Toussaint, Baumgarten, Buhl y Roberto Koch, se han seguido discutiendo puntos trascendentales de la patología de la tuberculosis quirúrgica, y hoy es el día que no se afirma de manera categórica la patogenia precisa é indiscutible de la misma. Se concede gran importancia á los traumatismos, y cuando no existen se aguza el ingenio buscando una adenitis ó un eczema que hayan sido la puerta de entrada ó el primer acantonamiento del bacilo de Koch. Y hay que notar que, ante lo confuso de la anamnesia, en muchos casos concédese poderosa influencia á la herencia, si bien no se res-

ponde en definitiva á la cuestión de si el feto hereda el bacilo ó solamente la predisposición á ser atacado por él. Hay que confesar, sin embargo, que el problema etiológico se ha simplificado mucho y que, al parecer, la tuberculosis quirúrgica puede ser única y exclusivamente local ó efecto de la generalización de una tuberculosis anterior. Este es el punto más importante para formar criterio en la terapéutica de estas afecciones. Claro es que en la clínica se tropieza con muchas dificultades para descubrir la puerta de entrada del bacilo; pero yo opino que se ha aquilatado demasiado la cuestión, concediendo excesiva importancia á la puerta de entrada del microbio, la cual ha de estar en comunicación directa con el punto en que radique la lesión. Las vías digestiva y respiratoria pueden ser los puntos por donde ingrese el germen, y la localización del proceso es un asunto de histogenesis que nos llevaría muy lejos y no es objeto de este artículo tratar de él. Solamente nos interesa hacer constar que el bacilo, en su excursión por el organismo, necesita terreno apropiado para fijar su residencia y determinar el proceso patológico. Por esto no es de extrañar que, penetrando por ingestión, como ocurre muchas veces, vaya á producir una lesión en órgano más ó menos lejano, donde, por sus condiciones fisiológicas de exceso de proliferación celular ó patológicas de falta de vitalidad ó reacción morbosa, sea el punto más vulnerable del cuerpo.

Lo esencial ya lo hemos hecho constar, pues ello entraña la idea de que la tuberculosis es en un principio local, y de aquí el concepto de su terapéutica tan discutida aún en nuestra época, en la que se sienten ráfagas de las antiguas doctrinas, según las cuales el tubérculo constituía una diatesis confundida con el escrofulismo, llamando estrumosas á las afecciones que hoy se denominan tuberculosas.

La denominación de tuberculosis quirúrgica se deduce de la posibilidad de la intervención quirúrgica como medio de tratamiento, pues en nada, desde el punto de vista bacterioló-

gico, se distingue una epididimitis ó una osteitis tuberculosa de una tuberculosis pulmonar, así como idénticas son todas las lesiones anatómicas fimicas, sin más diferencias que las propias de la naturaleza del tejido en que radican. Yo créo que Effisio Nonnis, y más tarde Rokitanski, al defender la idea de que la tuberculosis es en su primer periodo local, no hacían distinción entre unas y otras manifestaciones. Cierto que Huetter llevó la doctrina de la localización al campo de la cirugía; pero esto nada dice contra la idea de que sólo hay una tuberculosis desde el punto de vista histológico y bacteriológico, y créo no hay inconveniente en volver al año 1844 y hacernos solidarios de la opinión de Effisio Nonnis, que con más elementos, y adornada con el ropaje de los últimos brillantes adelantos, aparece expuesta en las modernas obras de patología.

La tuberculosis del testículo es una localización harto frecuente del bacilo de Koch. ¿Sus causas? Ya las hemos dicho anteriormente: Condiciones fisiológicas de exceso de proliferación celular ó patológicas de falta de vitalidad ó reacción morbosa. Por esta razón vemos desarrollarse las orqui-epididimitis tuberculosas bajo la influencia de un traumatismo en el escroto, y por un mecanismo idéntico se originan por un esfuerzo. También en los casos de flujos uretrales puede producirse, y se producen con frecuencia, orqui-epididimitis, que en individuos predispuestos degeneran en tuberculosas. Y nada más, sin temor á divagaciones inútiles, podemos decir de la etiología de la tuberculosis del testículo, pues, después de lo dicho en párrafos anteriores, fácilmente se comprende la génesis de este proceso con arreglo á los principios fundamentales de patología general quirúrgica.

Comprendido de este modo el proceso tuberculoso del testículo, no hay que vacilar al instituir una terapéutica radical, que quizá alguien tache por cruel, pero de no hacer esto vale más no tocar las partes afectas con los instrumentos quirúrgicos. De lo contrario no conseguiremos más que aumentar la

vulnerabilidad de los tejidos y extender el campo apropiado para la inoculación del bacilo de Koch.

Tengamos muy en cuenta para justificar el tratamiento quirúrgico, que la tuberculosis del testículo es en un principio un proceso local que comienza por el epididimo y que rara vez, casi nunca, invade ambos epididimos en los comienzos de la enfermedad. También es preciso tener presente que aunque la tuberculosis del testículo es primitivamente una epididimitis, casi siempre cuando el enfermo se presenta al Médico es ya una epididimo-orquitis. Añadamos á esta invasión rápida de la glándula las condiciones anatómicas de la misma en estrecha relación con el epididimo, y se comprenderá que no es posible con la extirpación de este tubo seminífero tener la seguridad, ni mucho menos, de que se ha separado todo el tejido tuberculoso. Por estas razones, opinamos que en los casos de epididimitis tuberculosa es conveniente la ablación del testículo, y cuando en la glándula hay el menor indicio de tuberculización, se impone desde luego la castración parcial sin pérdida de tiempo.

Este es nuestro criterio desde hace muchos años, y á él hemos sometido nuestra práctica en la clínica de cirugía del Hospital militar de Madrid.

No han sido, ciertamente, muy numerosos los casos de epididimo-orquitis tuberculosa de nuestra clínica en dicho hospital; pero todos ellos han sido ejemplares típicos de esta enfermedad, y todos han sido operados con el mejor resultado, como puede verse por el resumen clínico que va á continuación.

1.º Liborio Quintanilla Bernal, natural de Cantavecilla (Salamanca), soldado del regimiento de Vad-Ras. Padece epididimo-orquitis tuberculosa. No hay ninguna otra localización del bacilo de Koch. Se le practica la ablación del testículo afecto, que es el derecho, el día 25 de Julio de 1906. Se halla curado á los quince días. Hasta el día de hoy no han aparecido

manifestaciones tuberculosas en ningún otro órgano, y el estado general mejoró á los primeros días de la operación.

2.º Mariano Torrella Blanco, natural de Cabaña (Palencia), soldado del regimiento de Asturias. Hace cerca de un año que sufre una epididimo-orquitis tuberculosa del testículo izquierdo. El 30 de Julio de 1906 le practicamos la ablación del testículo afecto. No hay otras manifestaciones tuberculosas, á pesar de su mala constitución. A los veinte días se halla terminado el proceso cicatricial, habiendo mejorado el estado general. No han vuelto á presentarse manifestaciones tuberculosas en ningún órgano hasta la fecha.

3.º Juan Gómez Hernández, natural de Peñaranda (Salamanca), soldado del regimiento de Vad-Ras. Padece epididimo-orquitis del testículo derecho, y hay algún nódulo en la parte inferior del cordón. El día 16 de Agosto de 1906 practicamos la castración parcial derecha, extirpando la parte del cordón degenerada. A los veinticuatro días ha terminado la cicatrización, sin que hasta la fecha haya aparecido ninguna otra localización tuberculosa.

4.º Francisco Martín García, natural de Valcejera (Salamanca), soldado del regimiento de Vad-Ras. Padece una epididimo-orquitis tuberculosa del testículo izquierdo desde hace más de un año. Su estado general es bueno, sin que se aprecie ninguna otra localización del bacilo de Koch. El día 10 de Diciembre de 1907 le practicamos la ablación del testículo afecto. El día 12 se presentó una pequeña hemorragia del dartos sin importancia, pero que ha retrasado algo la cicatrización. De todos modos, hoy 24 de Enero se halla próximo á terminar el proceso cicatricial, y el estado general, bueno antes de la operación, es en la actualidad aún mejor.

5.º Ricardo Villa Ceballos, soldado de Sanidad Militar, natural de Córdoba, ingresó en la clinica con epididimo-orquitis. Es diagnosticado por algún compañero de sarcoma; nosotros creemos se trata de un proceso tuberculoso. De cualquier

modo se impone la operación. El día 10 de Diciembre de 1907 practicamos la castración parcial, extirpando el testículo afecto, que era el izquierdo. A los quince días estaba cicatrizada la herida quirúrgica y su estado general mejoró notablemente.

6.º Julio del Olmo Redolla, natural de la provincia de Madrid, soldado de Administración Militar. Padece tuberculosis del testículo derecho. No hay ninguna otra localización del bacilo de Koch. El día 9 de Enero de 1908 practicamos la ablación del testículo. Está próxima á terminar la cicatrización. Su estado general, bueno antes de la operación, es actualmente mucho mejor.

Antes de terminar he de hacer constar que el procedimiento operatorio que hemos empleado en todas las castraciones ha sido, hasta ahora, el clásico, con ligadura del cordón en dos porciones, usando para ello el catgut. En una ocasión hemos intentado usar el método de Kocher, pero nos ha parecido más embarazoso, sobre todo para el aislamiento del testículo y la parte inferior del cordón. Aparte de esto nos parece ventajoso, desde el punto de vista de la asepsia y de la perfecta coaptación de los bordes de la herida.

V. PLAZA BLANCO,
Médico mayor.

FRACTURA DEL CRÁNEO

CURADA POR LA PUNCIÓN LUMBAR

El cabo del regimiento del Serrallo Francisco Vázquez Gómez, caminando por el borde de un despeñadero de gran elevación, tuvo la desgracia de resbalar y caer rodando por la

falda de la montaña hasta dar con la cabeza en el fondo. Los que presenciaron el accidente acudieron en su auxilio, encontrándolo con estupor y unas heridas en la bóveda del cráneo, claramente producidas por las puntas y aristas de las piedras. En esta situación se le prestó un socorro inmediato en el cuartel de la Reina, como lugar más próximo, y después fué enviado á la clínica de cirugía del Hospital militar.

Sobre la mesa de curación pude apreciarle siete heridas contusas, distribuidas por las regiones que forman la bóveda del cráneo, oscilando su extensión de tres á cinco centímetros, por las que se descubría el plano óseo. Examinado éste atentamente, para cuya operación convino agrandar algunas, no pudimos notar ninguna fisura ni hundimientos, contrastando esto con la pérdida del conocimiento, gran embotamiento del sensorio general y pulso de 40. Se suturaron y arreglaron las heridas, y lamentando no haber encontrado nada que explicase su estado, nos resignamos en espera de localizaciones que determinaran intervenir.

El cuadro á las pocas horas era el de coma, resolución muscular, hemianestesia, respiración retardada y pulso de 35.

No había momento que perder ni discutir el diagnóstico, de conmoción, contusión cerebral, compresión, hemorragia ó fractura.

Fractura de la bóveda no era, porque acabábamos de examinarlo, y bien; de la base, faltaba para ello las equimosis, flujos sanguíneos y serosos, etc.; deshechada la conmoción, porque al ser recogido ofrecía estupor, al entrar en el hospital ausencia del conocimiento y en este momento como contusión cerebral sin síntomas focales correspondientes á las zonas motrices, no era aceptable, y por lo tanto, admitimos sólo la compresión intracraneal, aunque dudando de la causa, pues el hundimiento no existía en el cráneo, y para derrame sanguíneo faltaban los signos de foco. A pesar de todo, con coma, resolución muscular, hemianestesia, retardo circulatorio y

respiratorio, sólo una compresión general del centro podía producirlo, y decidí hacer una punción lumbar para disminuirla.

Introducida la aguja en el espacio raquidiano, saltó con fuerza un chorro, que formaba gran curva, de un líquido en su mayor parte hemático, extrayendo unos veinte gramos. Inmediatamente se despertó el sensorio general y el pulso subió á 60, recobrando el cerebro sus funciones, que estaban próximas á extinguirse. Al día siguiente volvió el enfermo á caer, y repetimos la operación; el líquido fué menos hemático y se acompañó de una gran mejoría. Al tercer día, otra punción dió líquido normal, quedando desde este momento completamente curado.

La obtención de líquido hemático, por la punción, demostró la existencia de una fractura del cráneo, que sólo ella pudo diagnosticar y curar; fractura que la clínica no hubiera podido descubrir; siendo á nuestro juicio este caso digno de consignarse, por ser pocas las observaciones aún publicadas de resultados positivos.

F. ALBERICO,

Médico mayor.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN EL EJÉRCITO RUSO EN TIEMPO DE GUERRA

El Mayor Mc. Loughlin, publica en el *Journal of the Royal Army Medical Corps* una nota acerca de la organización que en Rusia tienen los servicios médicos en tiempo de guerra, donde se detallan una porción de asuntos que consideramos dignos de dar á conocer.

En Rusia no existe Cuerpo de Sanidad Militar, tal como se

entiende en los Ejércitos europeos este importante organismo; los Médicos no son Oficiales, pero tienen categoría de tales en el orden civil. En los establecimientos médicos y unidades combatientes los servicios de índole militar son llevados á cabo por Oficiales de las Armas generales, que sin ninguna preparación especial, ni conocimientos adecuados previos, son nombrados con tal objeto. Fácilmente se perciben los graves inconvenientes de este sistema; pero en Rusia los «Oficiales son muchos y los Médicos pocos», y por eso, dadas las condiciones en que se desarrollan las campañas y la escasez de personal técnico, procuran evitar á éste todos los servicios que no sean puramente profesionales, en la más estrecha acepción de la palabra.

Para la ayuda del personal médico existe un Cuerpo auxiliar de practicantes (feldshers). Estos son de dos clases: practicantes médicos y farmacéuticos, y practicantes de regimiento.

Los primeros no proceden de la clase de tropa, sino que reciben preparación especial durante cuatro años de conocimientos médicos, á cuyo efecto ingresan desde jóvenes en las Escuelas que para el caso existen, y al salir van contratados al Ejército por un número determinado de años. Los de la sección de Farmacia proceden de estos mismos. Ambos pueden alcanzar, como auxiliares, el rango de Suboficial.

Los segundos son escogidos entre los soldados y educados como tales durante uno ó dos años en la Escuela que cada regimiento sostiene para este objeto. Después de enseñados se les destina á los establecimientos médicos de los regimientos y á los hospitales.

Esto es lo que forma el personal médico propiamente dicho, con sus dos clases de profesores y practicantes.

Además, como parte integrante del Cuerpo auxiliar, aunque ya no con carácter técnico, existen elegidos de entre la clase de tropa, y en caso de movilización tomados de las re-

servas: primero, los que cuidan de los enfermos, que tienen destinos en las salas de los hospitales, y segundo, los que en dichos centros son dedicados á servicios especiales. Estos últimos pueden tener la categoría de Suboficiales, y ser nombrados del Ejército activo ó combatiente.

El personal de transporte se recluta en la misma forma, y cuando llegue el caso de movilización, de las reservas de Caballería.

Completan lo referente á personal, los Inspectores y Ayudantes de éstos, que son nombrados como Oficiales especiales, á menos que haya designación expresa para dicho cargo; Oficiales de Administración, escribientes, Capellanes, sacristanes y Hermanas de Caridad (no bajo voto religioso). El cargo de Inspector tiene por objeto la vigilancia de los servicios encomendados al personal no médico, y todo aquello que no se relaciona con el cuidado y tratamiento directo de los enfermos y heridos. Son algo parecido á los Comisarios de nuestros hospitales, aunque sus atribuciones sean diferentes.

En tiempo de paz, los establecimientos médicos del Ejército ruso comprenden enfermerías regimentarias (lazarets) y hospitales.

La administración del servicio médico para un Ejército en campaña está á cargo de un Oficial General nombrado expresamente. Éste depende del Jefe del Estado Mayor Central, y forma parte integrante del mismo, constituyendo la Sección llamada de Inspección. Antes de la guerra ruso-japonesa, la Sección de Inspección del Estado Mayor Central comprendía varios servicios, entre ellos el de Sanidad; pero con motivo de la campaña última, se nombró un Jefe de servicios sanitarios, dependiendo directamente del General Comandante de las tropas. Este cargo era nuevo, y por los grandes servicios prestados, así como por el resultado práctico obtenido, se espera quede ya en definitiva formando parte de la organización

rusa. Lo desempeñaba un Teniente General, que tenía á su cargo los hospitales de campaña, evacuaciones de heridos, administración de servicios sanitarios, incluyendo los veterinarios, y la vigilancia de los auxilios prestados por instituciones que, como la Cruz Roja y otras análogas, tienen carácter voluntario.

Este mando supremo comprendía tres ramas: Primera. Inspección de los hospitales de campaña que tenía el Ejército, con un Jefe perteneciente á las Armas generales. Segunda. Inspección médica de los servicios sanitarios, con un Jefe médico. Y tercera. Un Jefe delegado de la Cruz Roja.

Del Inspector de los hospitales de campaña dependen: (a) Jefes locales de hospitales. (b) Presidentes de los comités de evacuación. (c) El contingente del personal no médico para las distintas unidades médicas del Ejército, que en estado de reserva debe estar preparado para las contingencias del servicio. Es Jefe nato de las mismas, como parte del personal no médico que presta servicio en la Sección de Sanidad.

Al Inspector médico están sujetos: (a) El Jefe médico, generalmente un Cirujano distinguido, cuya misión es vigilar las operaciones, ejecutar las más delicadas, cuidar del estado del material, tanto de instrumentos como de curas, y hacer la estadística operatoria de la campaña. (b) El Jefe médico, agregado al Cuartel general del Ejército. (c) Y el contingente del personal médico. Es Jefe de todo el personal técnico para destinos, cambios y administración del mismo. También tiene á su cargo los depósitos del material sanitario que existan.

Otros nuevos cargos establecidos durante la última campaña, y desempeñados por Jefes del Ejército, fueron: un Jefe de la Sección sanitaria de la retaguardia, establecido en Manchuria, y otro de la Sección de evacuación, que residía en Siberia.

Las instalaciones sanitarias y unidades á ellas pertenecientes estaban, naturalmente, bajo el mando de los Coman-

dantes generales del Ejército, división, brigada ó regimiento á que estuvieran destinadas respectivamente, con la salvedad de correr los servicios técnicos á cargo del personal médico.

Material sanitario del regimiento.—Cada regimiento ó unidad tiene una instalación llamada *lazaret*, que si bien en tiempo de paz puede considerarse análoga á las enfermerías regimentarias, aunque más completas, se amplían en campaña hasta llegar á constituir un pequeño hospital. Su objeto es el tratamiento de heridos y enfermos, en la siguiente proporción de cabida para cada unidad:

Infantería, regimiento de 4 batallones con.....	16 camas.
Caballería, regimiento con.....	6 »
Batallón independiente, con.....	4 »
Brigada de Artillería ó regimiento con 6 baterías.	6 »
Idem id. de 7 á 9 ídem, con.....	8 »
Parque de Artillería de brigada ó división independiente.....	4 »

Estos lazarets destacan los puestos avanzados de socorro durante el combate.

(Continuará).

PRENSA MÉDICA

Las inyecciones de bismuto para el diagnóstico y tratamiento de los trayectos fistulosos.—Inyectar en los trayectos fistulosos y sus divertículos una masa de bismuto, y practicar después la radiografía, es el procedimiento diagnóstico que preconiza el Dr. Emilio Beck, de Chicago; trátase, pues, tan sólo de apli-

car al estudio especial de fistula y cavidades supuradas una práctica utilizada desde hace mucho tiempo en los exámenes radiográficos viscerales. El bismuto no deja pasar los rayos y aparecen negros sobre la pantalla ó la placa, determinando con exactitud el camino que ha seguido y las bifurcaciones é irre-

gularidades fistulosas. Esta exploración preliminar presta excelentes servicios en los trayectos periarculares ó pericavitarios, cuya complejidad es muy grande.

He aquí la práctica que sigue el Dr. Beck. Mezcla en caliente 30 gramos de subnitrate de bismuto con 60 de vaselina; esteriliza la mezcla, y la inyecta con una jeringa de cristal, también previamente esterilizada al calor seco, la que vuelve á calentar antes de llenarla sumergiéndola en aceite estéril. Hay que cuidar, en efecto, de que la vaselina con bismuto fundida no se ponga en contacto con el agua, para lo cual se debe limpiar también y secar en el grado posible la fístula antes de practicar la inyección. Verificada ésta, se retira la jeringa y se cierra el orificio con un tapón de gasa, esperando á que se realice la solidificación para proceder al examen radiográfico.

Según Mr. Beck, este preparado sirve también para el tratamiento de las mencionadas lesiones, 14 de las cuales dice haber curado por este medio. Cuando persigue el fin terapéutico, inyecta primero la vaselina con bismuto y después otro preparado compuesto de

Subnitrate de bismuto.	30	gramos
Cera blanca.	aa.	5
Parafina blanda.)		
Vaselina.	60	

Obtiene la mezcla en caliente y la inyecta líquida en las mismas condiciones que la anterior. Cuando se solidifica adquiere cierta dureza, apropiada para asegurar la obturación definitiva de las cavidades fistulosas.

*
* *

Experimentos practicados con la toxina diftérica.—M. B. Schiek ha dado cuenta á la Sociedad de Medi-

cina interna de Viena de los estudios que ha verificado acerca de la reacción cutánea que se produce en el hombre por la inoculación de toxina diftérica. Si se hace una inyección subcutánea con una solución concentrada de toxina, se observa al cabo de seis ú ocho horas la aparición de una pápula, que al día siguiente está rodeada de una zona rojiza y que llega á su máximo desenvolvimiento del tercero al cuarto día, para desaparecer después lentamente.

La reacción no se presenta cuando se mezclan toxina y antitoxina, ni cuando el individuo sometido á la inoculación ha recibido previamente una inyección de suero antidiftérico. En los niños menores de un año la reacción es casi siempre negativa; en los de tres á siete es, por el contrario, casi siempre positiva, y en los de diez en adelante es muy raro que se presente.

La reacción positiva prueba la ausencia de substancias antitóxicas en el organismo, pero no puede atribuírsele valor diagnóstico. El interés de este procedimiento se limita quizá á precisar cuál es la cantidad de suero que debe inyectarse en la difteria.

*
* *

La frigoterapia precordial.—Los Dres. Delcarde y Dubois han practicado experiencias sobre este procedimiento, que consideran preferible á la frigoterapia general, porque está exento de las molestias y aun peligros inherentes al transporte continuo de los enfermos de la cama á la bañera y viceversa. Con la refrigeración precordial tratan de actuar sobre las corrientes sanguíneas que parten del corazón, obteniendo el enfriamiento indi-

recto de los tejidos. De sus aplicaciones clínicas resulta que el medio es útil, pero que si se quiere obtener un resultado positivo es preciso aplicar continuamente sobre la región precordial una vejiga de hielo, interponiendo sólo una franela entre ésta y el pecho.

Los Profesores citados han tratado así á 16 enfermos: 7 de fiebre tifoidea, 1 de embarazo gástrico febril, 2 de neumonía, 1 de pleuresía sero-fibrinosa, 4 de tuberculosis pulmonar y 1 de pericarditis tuberculosa. De la lectura de las observaciones y de la inspección de las curvas térmicas, resulta claramente que la frigoterapia precordial determina una disminución notabilísima de la hipertermia en todos los casos, con excepción de los tuberculosos. El descenso térmico no es inmediato, como sucede con el baño, pues no se presenta hasta las diez ó quince horas, inconveniente que se compensa con la permanencia de la temperatura por debajo del grado inicial, no sobreviniendo la recrudescencia de fiebre que aparece casi inmediatamente á la salida del baño. Con este método se gana, pues, en duración de efecto lo que se pierde en intensidad pasajera.

Lo mismo que en la balneoterapia, de efecto útil, se obtiene con la frigoterapia precordial mayor lentitud de pulso, aumento de secreción urinaria, menor sequedad de la boca y mejoría del estado general. Bien dispuesto y aplicado este nuevo medio refrigerante, puede á veces substituir con ventaja al uso del baño.

(La Semaine Medicale).

* *

Procedimiento para el cultivo del treponema pálido.— Levaditi é Intosh han tratado de cultivar distintas especies de espiroquetas patógenas y saprofitos, empleando sacos de colodión llenos de suero humano, previamente sometidos á la temperatura de 60°, en el que sembraban el treponema, introduciendo después el saco en la cavidad peritoneal del conejo y del mono, obteniendo abundantes cultivos, que resultaban contaminados por otras especies bacterianas y privados de acción patógena. Intentaron los cultivos *in vitro*, mas en vista del maléxito, consideraron que los cambios que se operan en la cavidad peritoneal entre el saco y el medio que le rodea son la condición indispensable para el desenvolvimiento del treponema. Verificaron la investigación por medio del ultramicroscopio de Reichert, comprobando que el espiroquete pálido cultivado no se diferencia del típico, pues posee iguales ondulaciones, verifica idénticos movimientos de rotación y posee, en fin, los mismos caracteres. Por el método de Giemsa se colorea en un tono violáceo rosado, y además se tiñe bien con el nitrato de plata unido á la piridina.

En cuanto á la reacción aglutinante, el suero de conejos que han sido inoculados bajo la piel con cultivos ricos en treponemas, aglutina bien al cultivado por Levaditi, aun cuando no al espiroquete de Schaudinn. Creen los autores que esta contradicción es sólo aparente y debida á la atenuación del treponema típico que emplearon en su experimento.

* *

Tratamiento de la hiperhidrosis plantar en los soldados por medio del

formol.—El Médico mayor de primera clase del Ejército francés Mr. Viela publica en los *Archives de Medecine et de Pharmacie Militaires* (núm. 3, Marzo 1908) una nota sobre este asunto, convencido de que este tratamiento es el más eficaz que puede emplearse contra la hiperhidrosis de los pies en los soldados.

Los detalles del tratamiento—según el autor—son los siguientes: Primer día. A la mañana, al medio día y á la noche se embadurna la superficie plantar por medio de un pincel empapado en una solución al tercio del formol del comercio. Segundo día. Tres aplicaciones semejantes con formol diluído á $\frac{1}{2}$. Tercer día. Tres aplicaciones como antes con el formol puro.

De esta manera se suprime por completo el sudor. Para mantener los resultados obtenidos es preciso cada ocho días repetir una sola vez la aplicación del formol puro. Cuando la epidermis se halla muy macerada es preciso comenzar por soluciones al $\frac{1}{10}$, al $\frac{1}{20}$ y hasta $\frac{1}{30}$, según el grado de sensibilidad. Si la aplicación causa un escozor muy vivo, se lava el pie con agua ordinaria y se comienza por una solución más débil de formol.

* *

Comentarios al Reglamento alemán de 27 de Enero de 1907 sobre el servicio de Sanidad en tiempo de guerra.—El Médico mayor de primera clase del 101 regimiento de Infantería del Ejército francés, Mr. Vallois, publica (*Archives de Med. et de Pharm. Milit.*, Marzo 1908) un detallado juicio sobre el nuevo Reglamento de Sanidad en campaña del Ejército alemán.

Después de analizar el citado Re-

glamento, que ya conocen nuestros lectores, comentando en detalle todos sus extremos, termina su análisis con las siguientes consideraciones:

«El Reglamento alemán de 27 de Enero de 1907 pone á disposición del servicio de Sanidad una organización muy bien estudiada en la complejidad de todos sus detalles, concebida ampliamente desde el punto de vista de las dotaciones de personal y material, susceptible de adaptarse á las variadas condiciones de su funcionamiento y dispuesta á responder á todas las necesidades en el teatro de la guerra.

El servicio de Sanidad tiene la dirección técnica de todos los resortes que han sido puestos á su disposición, y es responsable de los errores y defectos de iniciativas que cada individuo cometa dentro de su categoría.

La coordinación de las diferentes ruedas de ese organismo está, por regla general, asegurado muy juiciosamente, y se traduce con claridad en la previsión de los directores de los hospitales, que ejercen una vigilancia muy activa sobre las formaciones sanitarias. Sin embargo, la unidad de dirección no parece realizada de una manera muy satisfactoria en las compañías sanitarias, que tienen por misión instalar los puestos de socorro principales sobre el campo de batalla y proceder al levantamiento y transporte de los heridos hasta los hospitales, y en cuyo mando no existe aquella unidad que debe existir en una buena organización de estos servicios.

El cuidado puesto en asegurar la salud de las tropas, se traduce en las prescripciones detalladas de higiene en campaña, introducidas

en el texto mismo del Reglamento, y en la especialización de un personal de Médicos higienistas, encargados de preservar á las fuerzas de las enfermedades que pueden desarrollarse en la guerra.

BIBLIOGRAFIA

Un libro de Cirugía militar.

Ha aparecido el segundo volumen de la notable obra de Cirugía militar de los Doctores alemanes Graf y Hildebrandt sobre las heridas causadas por las modernas armas de fuego, su pronóstico y tratamiento en campaña (*Die Verwundungen durch die modernen kriegsfeuerwaffen their Prognosis und Therapie in Fielde*).

En este volumen se ocupan los autores de las heridas por arma de fuego en regiones ú órganos especiales. El primer capítulo se refiere á heridas de la cabeza. Las cifras arrojadas por las últimas campañas indican que el número de estas heridas ha aumentado. A pesar de los progresos realizados en el tratamiento, las heridas de la cabeza siguen dando una gran mortalidad. En la guerra del Japón llegó al 34 por 100. Los casos de heridas parietales son más comunes que las del frontal y temporal. Con respecto al tratamiento, el Dr. Hildebrandt lo resume en las siguientes reglas: El cráneo será abierto: primero, en las heridas con fractura conminuta; segundo, en las heridas tangenciales, y tercero, en las heridas profundas causadas por proyectiles de pequeño calibre en donde los síntomas de compresión cerebral ó irritación de las zonas motoras corticales, como parálisis, afasia, etc., son manifiestas. Interesante es el relato que hacen de los fenómenos psicológicos que se presentan en las heridas de la cabeza, y no faltan en este capítulo importantes consideraciones sobre las heridas de la cara, el ojo, oído y boca.

Las heridas del cuello parecen ser sólo rara vez complicadas

con hemorragias de los grandes vasos. Los progresos de la técnica quirúrgica vienen á revelarse en una disminución de la mortalidad, consiguiendo á las ligaduras de estos vasos, consecutiva, sobre todo, á aneurismas. Las heridas de la laringe y de la tráquea exigen muchas veces la traqueotomía en el campo de batalla.

La tercera sección es dedicada á la fractura de las vértebras. Aparte de las heridas de bala, estas fracturas pueden ser producidas por conmoción y efectos de los explosivos. Es referido el caso de un herido boer que tuvo una fractura de la tercera vértebra dorsal por conmoción á consecuencia de una explosión de lidita. En muchas fracturas por proyectiles es interesada la médula. En los días del fusil Chassepot, lesiones óseas del raquis sin tocar la médula no eran raras; en cambio hoy, con el poder penetrante de las armas modernas, son casi nunca vistas.

En el capítulo referente á las heridas de pecho, lo más interesante es lo que atañe á las del pulmón y el corazón. En relación con los heridos del pulmón, tratan los autores de la cuestión del transporte como de gran influencia para el pronóstico. A este propósito hablan de la experiencia de Makins, que observó un pequeño número de casos con hemotórax en los heridos tratados en los hospitales de campaña, comparado con la frecuencia de esta complicación en los individuos obligados á grandes jornadas en carretas tiradas por bueyes.

A pesar del gran poder de penetración de los proyectiles modernos, no son raros los casos en que éstos quedan dentro del tórax, sin que los efectos consecutivos sean siempre graves. Lo contrario ocurría con las viejas balas de gran calibre, que con frecuencia solían ocasionar empiemas, abscesos del pulmón, gangrena, y de ordinario, como término, la muerte. La mortalidad de los heridos de pecho tratados en los hospitales fué de 14 por 100 en el Sur de África, 27 por 100 en la guerra hispano-americana, 47 por 100 en la franco-prusiana y más del 80 por 100 en la guerra de Crimea.

El Dr. Hildebrandt discute el tratamiento de las hemorragias del pericardio y se decide por la abstención.

Las heridas penetrantes del abdomen han dado en todas las guerras una gran mortalidad: del 95'5 por 100 en Crimea y de 30'4 por 100 en la guerra anglo-boer, cuya diferencia muestra el progreso realizado en este punto.

El Dr. Hildebrandt escribe un admirable capítulo sobre el diagnóstico diferencial de las lesiones de los distintos órganos del abdomen, y al llegar al tratamiento se pregunta si estas heridas deben ser asistidas con la expectación ó interviniendo con el bisturí. La tendencia del autor, sin sentar criterio absoluto sobre el asunto, es intervenir con la laparotomía, siempre que las condiciones que rodeen al herido lo permitan y los síntomas lo exijan. La hemorragia intraabdominal es para él una indicación absoluta.

En el último capítulo se ocupa de las heridas de las extremidades. La obra está ilustrada con numerosas radiografías, y merece, por todos conceptos, ser traducida á un idioma más asequible que el alemán á nuestros Cirujanos militares.

* * *

Estudio de las hernias al ingreso en el Ejército, por el Médico mayor *D. Antonio Solduga Pont.*—Madrid. 1908.

Es un trabajo que demuestra la competencia de su autor y el detenido estudio hecho sobre tan interesante asunto durante el tiempo que ha desempeñado el cargo de Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Barcelona.

En la imposibilidad de copiar gran parte de su trabajo, transcribiremos las conclusiones del mismo: «Primera. Las hernias inguinales pequeñas, fácilmente reducibles y coercibles hasta la edad de veinticuatro años, son susceptibles de curación por medio de bragueros. Segunda. Cuando los reclutas padezcan hernias que reúnan las condiciones citadas en el párrafo anterior, deben ser declarados *inútiles temporales*. Tercera. Los individuos reclutas herniados del trayecto inguinal, con hernias voluminosas, ó, aun siendo pequeñas, si son parcial ó totalmente irreducibles por haber

contraído adherencias, las que van acompañadas de ectopia testicular, las directas y las que por cualquier causa no pueden reducirse, deben declararse inútiles totales. Cuarta. Todos aquellos reclutas que padezcan hernias de cualquier otra zona ó puerta herniaria de las paredes ventrales, deben ser también declarados inútiles totales».

Dignos de especial simpatía son todos cuantos trabajos técnicos dan á luz nuestros compañeros; pero cuando éstos son exclusivos de nuestra especialidad médico-militar y resultan fruto de la experiencia y de la observación detenida dentro del Ejército, merecen más singularmente nuestro aplauso, que enviamos muy gustosos á nuestro distinguido compañero Sr. Solduga.

L.

* * *

Segunda Asamblea Nacional de Veterinaria, celebrada en Madrid en Mayo de 1907.—Trabajos preparatorios, dictámenes, discusiones, proposiciones, conclusiones y acuerdos adoptados.—Madrid. Hijos de Alvarez. 1908.

Este libro de actas de la mencionada Asamblea está bien ordenado y es un completo resumen de la labor de aquel Certamen tan útil y honroso para la clase veterinaria española.

* * *

I. Sección del frenillo de la lengua en los niños.—II. Dermatitis provocadas por el uso de jabones y lejías empleados en el lavado de ropas de los niños de pecho.—III. Datos estadísticos de la mortalidad infantil (de 0 á 1 año) en España.—*Comunicaciones y Rapport al II Congreso internacional de las «Gotas de leche» (Protección á la infancia de la primera edad) celebrado en Bruselas del 12 al 16 de Septiembre de 1907, por el Doctor D. Jesús Sarabia y Pardo, Profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio, etc.—Tres folletos de ocho páginas cada uno.—Madrid. Moreno y Moya. 1907.*

El antiguo Médico militar Dr. Sarabia Pardo, notable paidópata que ejerce en la villa y Corte, ha demostrado en el último Congreso de Bruselas su entusiasmo, actividad y saber, al tratar temas tan importantes como los anteriormente expresados. Le felicitamos por los lauros conseguidos en dicho Certamen internacional.

* * *

Apuntes de medicamentos, por el *Dr. Rodríguez Méndez*.—Barcelona. «La Academia».—Precio, 3 pesetas.

Es un admirable resumen sintético, ordenado por orden alfabético, de cuantos medicamentos se usan en la práctica médica, y un completo catálogo de las drogas modernas, muchas en ensayo todavía. El sabio Catedrático de Barcelona ha reunido en 639 páginas el equivalente á muchos libros de terapéutica y á centenares de colecciones de periódicos médicos. La utilidad de sus *Apuntes* es indudable.

* * *

Contribución á la etiología y anatomía del mal de Pott, por *D. José Mercader*, Ayudante de la Cátedra de enfermedades de niños de Barcelona.—*Tesis del doctorado*.

Exposición sintética, clara y á la altura de los conocimientos modernos de este importante problema de cirugía infantil, que conoce perfectamente el ilustrado Ayudante del Dr. Martínez Vargas.

* * *

Artículos y notas clínicas de urología, por el *Dr. D. Carlos Negrete*, del Dispensario de vías urinarias del Instituto Rubio.—Madrid. Moreno. 1908.

Este distinguido especialista ha reunido en un folleto la serie de artículos publicados en diversos periódicos médicos de la Corte acerca de la fístula uretro-pelviana, cistitis en general, cuerpos

extraños vesicales, estrecheces de la uretra, fimosis congénito, *massage* de la próstata, nefrotopsis, pielonefritis y otros puntos de cirugía del aparato urinario, demostrando siempre un alto sentido clínico y un conocimiento perfecto de los asuntos tratados.

Reconocimiento de venenos y de medicamentos activos.—TRATADO DE TOXICOLOGÍA PRÁCTICA, por el *Dr. Guillermo Auteurieth*, Profesor de la Universidad de Friburgo; traducido del alemán por el *Dr. Rafael Cusi*, antiguo Ayudante de la Universidad de Berlín y del Laboratorio Fressenius de Wiesbaden.—Barcelona. 1908.—Precio, 4'50 pesetas.—Editor, Gustavo Gili. Universidad, número 45, Barcelona.

Abundan poco estos libros de toxicología médica, y sólo pueden manejarse por los que se dedican exclusivamente á su estudio. Pero como deben conocerse esos estudios y procedimientos por la mayoría de los Médicos, cuando aparece un libro útil en la materia, compendiado, barato y bien ordenado como éste, debe recomendarse su adquisición. Está muy bien traducido por el Dr. Cusi.

ACADEMIA MÉDICO-MILITAR

El *D. O.* de 2 del actual publica la siguiente Real orden:

«*Circular.*—Excmo. Sr.: En cumplimiento de lo prevenido en el Reglamento orgánico de la Academia Médico-militar, aprobado por Real orden de 22 de Abril de 1899 (*C. L.* núm. 87), el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se convoca á oposiciones, para cubrir 20 plazas de Médicos alumnos de la Academia Médico-militar, á los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten hasta el 26 de Agosto

próximo, con sujeción á las bases y programas aprobados por Real orden de 21 de Noviembre de 1906.

2.º Los que por orden de censuras alcancen los quince primeros números, percibirán desde su ingreso el sueldo asignado para los mismos en el presupuesto vigente, y los cinco restantes conservarán el derecho á ocupar por su orden las vacantes que por cualquier concepto puedan ocurrir entre aquéllos.

3.º Tan pronto como se incluyan en presupuesto los créditos necesarios, todos los alumnos disfrutarán el sueldo de Segundo Teniente que les concede la Real orden de 21 del corriente (*D. O.* número 67).

4.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en esta Corte y en el local de la Academia, calle de Rosales, número 12, dando principio el 1.º de Septiembre del corriente año; y

5.º De conformidad con lo prevenido en el artículo 25 de las bases, el Tribunal de oposiciones celebrará su primera sesión pública en dicho local, á las diez del día 31 de Agosto citado, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos á las oposiciones, con el fin de determinar el orden en que éstos han de verificar sus ejercicios.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 31 de Marzo de 1908.—Primo de Rivera.—Señor.....»

NECROLOGÍA

D. Rafael Sanz Mocete.

Farmacéutico primero.

Ingresó en el Cuerpo en 1886 como Farmacéutico segundo, prestando servicio en los hospitales de Alicante, Chafarinas y Cartagena. Pasó á Filipinas en el año 1892; ascendió á primero en 1895, y regresó á la Península en 1899, siendo destinado sucesivamente al hospital de Santoña y farmacia militar de Leganés, donde falleció el 18 de Marzo próximo pasado.

Estaba en posesión de dos cruces del Mérito Militar con distintivo blanco.

¡Descansen en paz nuestro distinguido compañero!

SECCIÓN OFICIAL

28 Marzo.—Real orden (*D. O.* núm. 72) aprobando presupuesto para la construcción de una sala de operaciones en el hospital de Guadalajara.

» Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 72) declarando derecho á pensión á la viuda del Médico mayor D. Eduardo Reina Martínez.

31 » Real orden (*D. O.* núm. 74) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Manuel Meléndez Castañeda.

» Idem íd. (*D. O.* núm. 74) convocando á oposiciones para cubrir 20 plazas en la Academia Médico-militar con arreglo al programa que se inserta.

» » Disposición de la Sección (*D. O.* núm. 74) ordenando se remitan á la misma las hojas de servicios que se expresan, correspondientes á Subinspectores médicos de primera y segunda clase y á Médicos mayores, primeros y segundos.

1.º Abril.—Reales órdenes (*D. O.* núm. 75) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir 250 lancetas, 250 pinzas de Doyen y 125 tijeras rectas para la confección de bolsas de Cirujano; dos colecciones de litotritores fenestrados, dos pulverizadores «Geneste», tres autoclaves de Chamberland, una caja para cirugía ocular modelo Collin, 50 bolsas de Cirujano vacías, cinco cajas de traqueotomía y ocho filtros Chamberland.

2 » Real orden (*D. O.* núm. 76) disponiendo que se ejecuten obras para reparación de desperfectos en el hospital de Sevilla.

6 » Idem íd. (*D. O.* núm. 78) confiriendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, al Médico

primero D. Santiago Pérez Sáiz y al Médico segundo don Jerónimo Sal y Lence.

6 Abril.—Real orden (*D. O.* núm. 78) confiriendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Jefes y Oficiales siguientes:

Subinspector farmacéutico de segunda clase D. Alejandro Alonso Martínez.

Farmacéutico mayor D. Narciso Francolí Armengol.

Farmacéutico primero D. Pablo Rodríguez Vázquez.

Farmacéuticos segundos D. Nicolás Romero Jiménez y D. Manuel Campos y Carlos.

4 » » Idem id. (*D. O.* núm. 78) concediendo al Médico mayor don Pedro Zapatero Vicente el pase á la situación de supernumerario sin sueldo.

7 » » Idem id. (*D. O.* núm. 79) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Rafael Fernández y Fernández.

» » » Idem id. (*D. O.* núm. 79) concediendo á los huérfanos del Médico primero D. Juan Gómez y González Valdés los beneficios que la legislación otorga para el ingreso y permanencia en Academias militares, por serlo de militar muerto en campaña.

8 » » Idem id. (*D. O.* núm. 80) dictando disposiciones relativas al vestido del soldado.

» » » Idem id. (*D. O.* núm. 81) disponiendo transportes de material de hospitales á los de Granada y Sevilla.

9 » » Real decreto (*D. O.* núm. 81) concediendo al Inspector médico de segunda clase D. Elías García Gil la Gran Cruz de la Orden del Mérito Militar.

» » » Idem id. (*D. O.* núm. 81) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir tres armarios para aparcar material de hospitales.

» » » Reales decretos (*D. O.* núm. 81) autorizando la compra por gestión directa de los víveres y artículos de consumo necesarios durante un año en los hospitales de Granada y Alcalá de Henares.

Con este número repartimos un prospecto del preparado CITARINA, preparado por la importante casa Federico Bayer y Compañía, de Elberfeld (Alemania) y Barcelona.