

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

## Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año II

Madrid 15 de Julio de 1908

Número 14

### SUMARIO

Fiebre mediterránea ó de Malta en España, por J. Durán de Cottes.—Enfermedad y síndromes de Raynaud, por César Juarros.—Barcos hospitales, por Angel Morales.—*Prensa médica*: El uso de la tulasina de Behring en la práctica oftalmológica.—Sobre la conservación del cloroformo y sobre un medio fácil de descubrir su alteración.—Intoxicación por el plomo á consecuencia de la retención de proyectiles en los heridos.—Heridas por arma de fuego de los nervios y sus operaciones plásticas.—Resultado del tratamiento de los niños tuberculosos en los sanatorios.—La yeyunotomía.—Absceso renal conteniendo gonococos.—Tuberculosis primaria de la conjuntiva.—La anestesia local en el tratamiento de las fracturas.—Fracturas producidas por armas de fuego.—Muerte rápida por orquitis.—Instrucción militar preparatoria en Suiza.—Aumento de personal en la reforma del Cuerpo de Sanidad Militar en los Estados Unidos.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Julio de 1908.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

## FIEBRE MEDITERRÁNEA Ó DE MALTA EN ESPAÑA (1)

La determinación de este proceso como entidad morbosa perfectamente definida en el concepto etiológico, corresponde á Bruce, que en 1887 dió á conocer el *Micrococcus melitensis* como causa de esta enfermedad (*The practitioner*, Septiembre 1887), aislándolo de los órganos de cadáveres autopsiados.

En 1893, en los *Anales del Instituto Pasteur*, publicó un nuevo trabajo, confirmación del anterior descubrimiento, estudiando en él la fiebre mediterránea clínicamente, como resultado de 400 casos observados en el transcurso de cinco

(1) Este trabajo, presentado á la Real Academia de Medicina de Madrid, ha merecido que esta docta Corporación honre al autor con el título de Académico correspondiente.

años, señalando la presencia del M. M. en ocho casos autopsiados. Hughes, en el mismo año, publicó en los *Anales del Instituto Pasteur* un trabajo, confirmación de los de Brucee, encontrando el M. M. en 11 casos.

Los caracteres del M. M., estudiados después por diversos bacteriólogos, pueden darse hoy como definitivos, tanto en su morfología como en su biología. Consignamos como perfectamente establecidos los siguientes:

Examinado el M. M. en gota pendiente, presenta la forma de un coco esférico que no excede de 4 micras de diámetro, ó de forma ovoidea de 4 por 3 micras, aislado ó asociado por pares, y más especialmente formando cadenas de tres ó cuatro elementos. En preparaciones coloreadas su tamaño aparece menor, por la retracción del protoplasma en la fijación, siendo próximamente de 3 micras. Los cultivos en caldo dan lugar á formación de cadenas que contienen en ocasiones hasta 10 ó 14 individuos, difíciles de observar en preparaciones teñidas por su gran fragilidad.

Algunos autores consignan formas bacilares, obtenidas de cultivos antiguos en gelatina á la temperatura de la habitación; pero estas formas son seguramente circunstanciales, debidas á la antigüedad de los cultivos ó á la coloración utilizada, pues he podido observar estas formas en coloraciones con líquido de Zhiel de cultivos recientes que, coloreados con el mismo Zhiel diluído al  $\frac{1}{10}$ , permitía apreciar la discontinuidad del supuesto bacilo, que en realidad se hallaba constituido por dos cocos, resultado de la división incompleta del coco primitivo. Esta fase de división puede apreciarse, como dice Eyrle, embadurnando la superficie de un cubre-objetos con una emulsión (no en gota pendiente) de M. M., que secándose lentamente, y después de unos quince minutos, puede ser coloreada por una solución de azul de metileno ó cristal violeta, ofreciéndose el germen á nuestra observación como un bacilo de coloración bipolar. No puede observarse esta forma en las preparaciones

fijadas, por retraerse rápidamente la substancia intermedia á ambos cocos en su fase de división. Las formas de involución son bastante frecuentes, sobre todo en su forma bacilar.

No se han observado esporos ni cápsulas, siendo su reproducción por división.

La movilidad del M. M. es puramente browmaica, y si bien algunos autores han descripto flagelas, han sido negadas por Durham y Zamnist. Los métodos de Wan-Ermengen y Nicolle, empleados para su investigación, me han dado resultado negativo.

Es aerobio facultativo, pero la disminución de oxígeno dificulta considerablemente su reproducción. La temperatura óptima es de 36°,8 á 37°, si bien se desarrolla entre 6° y 45°, siendo frecuentes las formas de involución por encima y debajo de esas temperaturas.

El desarrollo del M. M. en los medios de cultivo es siempre tardío con relación á los demás gérmenes, no apreciándose macroscópicamente su desarrollo hasta los tres ó seis días de la siembra, máxime si ésta es de sangre.

Son medios favorables á su desarrollo: el agar ordinario ligeramente alcalino, caldo ordinario, gelatina, suero, medios glucosados, nutrosados y glicerizados, siéndole más favorables estos últimos que los primeros.

Las colonias, desarrolladas en medios transparentes, aparecen como pequeñas gotas de rocío, que á la larga disminuyen de transparencia, adquiriendo ligera opacidad amarillenta.

Por reflexión, las colonias presentan aspecto blanquecino en un principio y amarillentas después. La forma de las colonias es ligeramente ovoidea y de contornos regulares.

La coloración del micrococus melitensis por el método de Gram es negativa, tomando bien todos los colores básicos de anilina.

Son animales sensibles al M. M. el mono, la cabra, el conejo en inyección intracerebral y la ternera.

En el mono ha podido reproducirse experimentalmente la fiebre mediterránea.

*Sintomatología.*—Difícil es sintetizar el concepto clínico de un proceso tan complejo como el de la fiebre de Malta; y si bien en España tenemos descripciones bastante completas de ella, como son las de Góngora, refiriéndose á casos observados en Barcelona, y los notables trabajos clínicos de D. Pedro R. Cajal, en Zaragoza, publicados en la *Clinica Moderna*, creo que acaso el concepto sintético más acabado corresponde á la definición que de ella hace Brucee en 1893, diciendo: «que es una enfermedad infecciosa caracterizada clínicamente por la fiebre, sudores profusos, constipación, recaídas frecuentes, y que se acompaña ó va seguida de dolores vivos de carácter reumatismal ó neurálgico, con hinchazón en ocasiones de las articulaciones, y de orquitis».

Si se pretende dar una descripción clínica del proceso, puntualizando las manifestaciones morbosas por aparatos, y el curso térmico, para que á la descripción puedan ajustarse clínicamente los casos que se presenten á nuestra observación, habremos de confesar que por hábil que sea quien tal propósito se proponga, nunca podrá conseguir que ante un cuadro tan complejo pueda formularse un diagnóstico por adaptación, digámoslo así, del enfermo al cuadro formulado.

Salvando todas las consideraciones que la clínica merece, creemos que ante un enfermo de fiebre de Malta en una localidad donde no se padece dicha afección, y por consiguiente ante un caso ambulatorio, la situación del Médico pudiera compararse á la del profano que intentare conocer su enfermedad por la lectura de un tratado de Patología médica, en cuyos múltiples procesos halla analogía á su padecimiento, pues la diversidad de síntomas, según el momento de observación, puede inducir á formular un diagnóstico erróneo. Acaso la clave del diagnóstico de sospecha de este proceso se halle en la rectificación de los distintos diagnósticos provisionales

que durante su curso se ve precisado á hacer el clínico.

La indiscutible necesidad de la clínica para encauzar la investigación etiológica que ha de darnos el diagnóstico del proceso, al que se ajustan dentro de ciertos límites los síntomas que el enfermo presenta, son motivos más que sobrados para que intentemos dar una descripción clínica de la fiebre de Malta como resultado de la observación de casos propios y extraños, teniendo siempre presente la necesidad de una observación larga del enfermo para que clínicamente pueda formularse el diagnóstico.

Las diversas modalidades que afecta en sus manifestaciones sintomáticas, sólo tiene una razonada explicación, en la fiel interpretación del proceso infeccioso, en lo que se refiere á las condiciones del germen, vía de penetración y localizaciones en diversos órganos y aparatos.

La invasión no se realiza en todos los casos siguiendo un tipo determinado; pues si bien en algunos se presenta bajo una forma de invasión brusca, con rápido ascenso de temperatura, en otros los síntomas de astringencia, malestar general, y en ocasiones epistaxis, son precursores de una térmica elevada, ó, por el contrario, de un proceso febril escaso, en que el enfermo no se percibe de su existencia.

Ligeros trastornos faríngeos, traducidos por hiperemia acentuada de la mucosa, con tos, y fenómenos catarrales de la faringe y de los gruesos bronquios, acompañan en ocasiones el comienzo del proceso. La lengua traduce fielmente la mayor ó menor participación que el tubo digestivo toma, contrastando algunos enfermos, en los que la lengua permanece durante algún tiempo bastante limpia, con aquellos más frecuentes en que desde un principio se cubre de espesa capa de saburra, acompañándose de vómitos, sensibilidad epigástrica y trastornos intestinales, que dan la impresión del catarro gástrico febril, en cuyo caso la fiebre es alta y subcontinua durante los primeros días, afectando después el tipo remitente,

con remisiones de un grado aproximadamente, para presentar por último remisiones más acentuadas, que coinciden frecuentemente con sudores profusos. Las gingivitis y aftas no son raras.

A este período, de duración variable, pero por regla general de tres ó cuatro semanas, sigue otro monótono y desesperante para el Médico y el enfermo, en que éste, presentando un aspecto casi normal, se encuentra postrado, la lengua está bastante limpia, sus intestinos necesitan excitantes para funcionar, los sudores persisten, la temperatura presenta remisiones muy acentuadas, duerme bastante bien, pero el enfermo se debilita considerablemente, sobreviniendo manifestaciones reumatoideas, en las articulaciones generalmente, ó neuralgias con hiperestesia de la piel. Persiste este estado varias semanas, descendiendo gradualmente la temperatura á las próximas á la normal y bajo de ella, con marcado tipo intermitente, acabando por desaparecer todo sintoma, ó por el contrario, vuelve después de un período de bajas temperaturas á elevarse la térmica, acentuándose los síntomas gastro-intestinales, constituyéndose una nueva onda febril, considerada por los profanos como una recaída del proceso que se consideraba curado, pudiendo prolongarse con esas alternativas durante muchos meses.

En ocasiones la nueva onda no se presenta, pero persisten meses y meses las temperaturas de oscilación entre  $36^{\circ}$ ,  $36^{\circ},5$  y  $37^{\circ},5$  ó  $38^{\circ}$ , acentuándose cada vez más la anemia y persistiendo las neuralgias ó manifestaciones reumatoideas.

El hígado y bazo preséntanse con gran frecuencia aumentados de volumen, que algunas veces es considerable, como en un caso por mí observado, que descendía por debajo de la cresta iliaca.

La orquitis en el hombre y las ovaralgias en la mujer, son síntomas muy frecuentes en el curso del proceso.

La falta de correspondencia entre la temperatura y el pulso

es dato de gran importancia, presentándose verdaderos accesos de taquicardia.

Los abscesos de evolución lenta no son raros en los enfermos de fiebre de Malta. En dos casos he tenido ocasión de observarlos, con la particularidad de que las siembras del pus extraído por punción y sembrado me ha dado cultivos puros de M. M., sin asociación alguna de otros gérmenes, demostrando, por consiguiente, la acción inflamatoria ó puógena del germen.

Las localizaciones en el aparato respiratorio no dejan de ser frecuentes, pudiéndose observar casos de forma torácica simulando bronconeumonías. Frecuentes son también las erupciones cutáneas de tipo diverso.

(Continuará).

J. DURÁN DE COTTES,

Médico mayor.

---

## ENFERMEDAD Y SÍNDROMES DE RAYNAUD

---

Allá á principios del último tercio del siglo pasado, cuando comenzó el estudio de la gangrena simétrica de las extremidades, teniase á esta dolencia por poco frecuente. Hoy los diagnósticos de enfermedad de Raynaud menudean prodigiosamente. Es que se ha ido ensanchando tanto el cuadro trazado por el primer sistematizador, que ahora se incluyen en él las enfermedades más distintas, viniendo á constituir otro *histerismo en pequeño*, como aquél, cómodo recurso para determinar pronto y categóricamente la naturaleza de procesos clínicos difíciles de clasificar. Por ello es conveniente y de urgente necesidad precisar con exactitud lo que debe entenderse

actualmente por enfermedad de Raynaud. Tal es el propósito que informa la publicación de estas cuartillas.

Para lograrlo se impone comenzar por recordar, siquiera sea á la ligera, las características clínicas de la dolencia. Suele presentarse por accesos, comenzando cada uno de ellos por parestesias, con sensación de hormigueo y dedo muerto en los de las manos, algunas veces en los de los pies y menos en la nariz (Rivet) y orejas (Hallopeau).

En las regiones invadidas la piel se pone pálida y fría, tomando el aspecto blanco mate de la cera que caracteriza á los síncope cardíacos. Se pierde el movimiento y se embota la sensibilidad. Un pinchazo de aguja no deja salir sangre. A veces el acceso va precedido de violentos dolores en toda la zona donde después ha de establecerse la gangrena. El síncope local puede desaparecer sin dejar ningún vestigio, ó por el contrario, ir seguido de la llamada asfixia local, segundo período de la dolencia que nos ocupa. En este caso, en las partes sincopadas aparecen manchas rojo-azuladas, que lentamente van transformando su color en un azul más obscuro, en negro azulado luego, y por último en negro. Los dolores se hacen entonces insoportables, se forman ampollas epidérmicas y se presentan pequeñas extravasaciones sanguíneas. A la cianosis sigue la gangrena de una manera inmediata, ó bien el negro se cambia en rojo. Cuando la gangrena no retrocede, se forman unas vesículas llenas de serosidad sanguinolenta, las cuales, al romperse, permiten ver unas escaras negras, que se van desprendiendo gradualmente para dejar formada una úlcera, que luego cicatriza con gran lentitud.

La duración total del acceso suele ser de dos á cuatro meses, pasados los cuales suele desaparecer todo síntoma de la enfermedad. Es lo más corriente que el ataque sea único; pero hay individuos que presentan varios, con ligeros trastornos vaso-motores en los períodos intercalares.

A esta sintomatología tan precisa é invariable corresponde



una etiología variadísima y heterogénea. La enfermedad hace sus víctimas las más de las veces en jóvenes del sexo femenino, y con menos frecuencia en hombres de edad más avanzada. En diez casos observados por Oppenheim había siete hombres. Raynaud, por esa tendencia á aparecer alrededor de los veinticinco años, llamó á la gangrena simétrica gangrena juvenil. Más allá de los cuarenta años es, según Achard y L. Levi, excepcional. Muchos de los casos relatados como curiosos, por tratarse de individuos de cincuenta y sesenta años, son errores de diagnóstico. En la infancia se encuentra en la proporción de 24 por 93. Touchard ha publicado un caso á los nueve meses y Friedel otro á los seis meses. Henri Sommelet, que ha dedicado é este asunto una interesante tesis, cree que las formas de la enfermedad de Raynaud que se presentan en la infancia gozan de una autonomía grande, revistiendo un tipo bien definido que las aparta de las de las demás edades. La herencia juega para algunos un gran papel. Así piensan, entre otros, Richard, Hochenegg y Colman. Este papel no sería otro que el de crear una predisposición por estrechez congénita de las arterias, según Lancereaux y Raynaud. Bramann ha visto un ejemplo de tres hermanos atacados sucesivamente. Oppenheim cree que existe una gran preferencia por el terreno neuropático.

Entre las causas ocasionales figuran en primer lugar las emociones. Luego, en segundo término, hay un número tal de observaciones de distintas etiologías, que se impone una pequeña sistematización.

Traumatismos: como ejemplos interesantes merecen citarse la observación de Schäffer, en la cual la gangrena fué efecto de una herida en la cabeza, y la de Goldschmidt, en que el proceso apareció á consecuencia de una caída.

Infecciones: es relativamente frecuente en el paludismo (Durozier, Calmette); en la tifoidea (Richard y el caso típico de Montini) y en la gripe (Faure, Miller, Dardignac, Lau-

renti); en el tifus exantemático (Fischer); en la difteria (Hyde y Pöwell); en la escarlatina (Chedron).

También suele presentarse en varias intoxicaciones: alcohol (Lancereaux, y principalmente el enfermo de Lepine y Porot, con múltiples estigmas alcohólicos); el plomo; la cafeína (Zenner vió desarrollarse la asfixia local después del uso prolongado de este alcaloide); la nicotina (Wulff); el cloral.

Enfermedades nerviosas: la hidrocefalia (Barlow); el mal de Pott (Legrou); la epilepsia (Fere); el histerismo (Armaingaud y Burot, caso de Achard); la tabes (Kornfeld, Pitres); la siringomielia (Gowers, Hoehenegg, Bramann); la parálisis general (Generd, Iscoveseo); la melancolía (Targowla y Mille Landry).

Enfermedades del corazón, los vasos y la sangre: la estrechez mitral (caso de Milne, en que la autopsia comprobó la lesión valvular); la endoarteritis y arterio-esclerosis (Bonvetret); la angina de pecho (caso de Salvini); la anemia y clorosis (Hoehenegg, Rhan y Steiner; Guillaumin ha insistido recientemente sobre la influencia de las modificaciones de la composición de la sangre en la patogenia de las gangrenas en las afecciones cardíacas).

Enfermedades bronco-pulmonares: la tuberculosis obra como causa determinante por medio de la arteritis, que suele acompañar á todos estos procesos: así parece probarlo el caso de Piery y Farsat; Sassi ha visto dos ejemplos de enfermedad de Raynaud consecutivos á una enteritis en sujetos predispuestos á la tuberculosis: en la enferma de G. Guillain y P. Thaon se hallaban numerosas manifestaciones morbosas, imputables todas al bacilo de Koch. Todas estas observaciones parecen abogar en pro de un origen más arterial que nervioso; la bronquiectasia también es susceptible de engendrar la gangrena simétrica: pruébalo así la comunicación de Souques y Cl. Vincent á la *Société Medicale des Hopitaux de Paris* (Julio 1906).

Entre las perturbaciones digestivas que ocasionan la gangrena, es la más habitual la enteritis (observación ya citada de Sassi y la de Shoemaker).

El frío ha sido muy tenido en cuenta desde las primeras investigaciones clínicas, llegando Sarvonát á sostener que el frío es el que provoca la aparición del síndrome en individuos ya predispuestos, sea por el estado de sus vasos ó por el de su sistema nervioso; Etienne ha recogido tres historias clínicas en que el espasmo vascular parece ser producido de modo indudable por el frío. En algo semejante se basan Dekeyser y Broca para admitir una relación íntima entre esta afección y los sabañones, y Boncher y Domínguez para establecer unas transiciones entre ambas manifestaciones.

Otra causa á la que igualmente se ha concedido gran importancia es la nefritis, que señalada primero en Francia por Devobe, ha sido estudiada después por Roque y d'Astros y Gibert; Barse ha admitido como posible un desarrollo de la nefritis y de la gangrena, por efecto ambas de los mismos trastornos vaso-motores.

Como se ve por esta relación, pocos síndromes cuentan con un abolengo de tan variada etiología. Sin embargo, en gran número de estos casos, se trata más de usurpación que de propiedad legítima. Todos ellos son ejemplos de gangrena simétrica, muy pocos de enfermedad de Raynaud.

Bastará para convencerse analizar la verdadera patogenia de esta última, después de enumerar las varias hipótesis que hoy se disputan el favor de los investigadores.

Raynaud interpretaba su síndrome por una teoría central. Se trataba para él de una neurosis, caracterizada por una poderosa exageración del poder excito-motor de las partes centrales de la médula que presiden la inervación vascular. En el fondo de esta hipótesis se encierra, como luego veremos, un positivo fondo de verdad.

Vulpian, en oposición á Raynaud, ha creado la teoría pe-

riférica. Según ella, la causa del síndrome es una acción refleja vaso-constrictora enérgica, provocada por la excitación de los nervios cutáneos centripetos y producida por intermedio de los ganglios situados sobre el trayecto de las fibras vasomotoras á una débil distancia de su terminación en las paredes vasculares.

Para Oppenheim, se podría pensar en una afección de los ganglios del simpático, admitiendo que la influencia de las enfermedades de la médula espinal estaría representada por la supresión de las influencias genatrices y reguladoras; así es que la acción de los ganglios del simpático no estaría bien dirigida ni regulada.

Para Pitres, Vaillard, Hochennegg y Lancereaux la base anatómica del síndrome es neurítica, pese al escepticismo de Cassirer. Con Lancereaux opinan también Woglesworth, Samuel y Kornfeld.

Respecto al frío, ya hemos citado antes las opiniones más corrientes, y en cuanto al comezuelo de centeno, á cuya intoxicación sería debido todo, según Ehlers, forzoso es reconocer que no habla nada serio en favor suyo.

¿Cuál es la exacta de estas hipótesis: la medular, la periférica, la simpática ó la neurítica? En absoluto, ninguna; pero todas contienen una parte de verdad. El síndrome de Raynaud no es otra cosa que la manifestación clínica de una irritación de los nervios y centros vaso-constrictores. Hoy, en efecto, no se puede dudar ya de que todo territorio vascular se encuentra dotado de nervios constrictores que tienen su origen principal en las raíces anteriores de la parte dorsal de la médula, pasando por el intermedio de los ramos comunicantes al sistema ganglionar simpático y desde aquí, directa ó indirectamente, á los vasos. Su sección determina la atonía vascular con hiperemia, y su excitación en sentido centripeto una constricción vascular (Eckhard). Aún más elocuente es el hecho de observar un aumento bastante duradero de la

temperatura de las piernas después de extirpar algunos trozos de la corteza cerebral en la zona motora.

Debe, pues, admitirse que el espasmo vascular constituye lo íntimo del mecanismo del síndrome de Raynaud, como efecto de una irritación de los centros y nervios vaso-constrictores, pudiendo actuar la causa sobre el centro directamente ó por vía refleja, ó sobre los filetes nerviosos á su paso por los ganglios simpáticos, ó en cualquier otro punto de su trayecto. Las distintas hipótesis no hacen, pues, más que reflejar las distintas modalidades patogénicas.

Entendido así el síndrome, hay que separar de él grandísimo número de casos de gangrena simétrica, principalmente los debidos á lesión vascular, en que la necrosis es efecto de una obliteración ateromatosa (Weiss, Monro, Casirer). Bastaría repasar la enumeración hecha al estudiar la etiología para ver que en muchas de las observaciones se trata de enfermos de sesenta á setenta años, siendo así que Raynaud llamó á su síndrome gangrena juvenil para diferenciarla de estos casos.

En la melancólica historiada por Mlle. Landry, la autopsia demostró la existencia de un coágulo en el origen de la iliaca izquierda y otro en la iliaca externa derecha. Era una gangrena simétrica por obliteración arterial, pero no síndrome de Raynaud. Aunque parezca perogrullesca esta afirmación, el haberla tenido presente hubiera evitado á muchos clínicos errores diagnósticos, y lo que es peor, pronósticos. Fáltanos sólo para terminar establecer la distinción entre enfermedad y síndrome. Para mayor precisión, llamaremos enfermedad de Raynaud á todos aquellos casos en que no existe coincidencia ni relación de causa á efecto entre la gangrena y ninguna otra enfermedad y síndrome de Raynaud; en caso contrario, por ejemplo, el enfermo de Chiaruttini, en que la autopsia descubrió una gliomatosis medular, el de Belkowsky, en que se halló una alteración primitiva de los fascículos nerviosos.

En resumen: *la enfermedad de Raynaud es una afección productiva clínica de la irritación patológica de los centros ó de los nervios vaso-constrictores directamente ó por vía refleja, claramente diferenciado de las otras formas de gangrena simétrica por la edad de los enfermos, su evolución y la ausencia de toda lesión vascular; debiendo reservarse el nombre de enfermedad de Raynaud, con el fin de dar mayor precisión al diagnóstico, á los casos en que la gangrena no aparece relacionada con ningún otro proceso morboso, aplicando el de síndrome en los demás.*

CÉSAR JUARROS,

Médico primero.

#### BIBLIOGRAFÍA

- ACHARD Y LEVI.—*Traité de Médecine Brouard del Gilbert.*  
BELKOWSKY.  
CL. BERNARD.—*Leçons sur la physiologie du système nerveux.*—  
Paris 1858.  
BROWN-SEQUARD.—*Leçons sur les nerfs vaso-moteurs.*—Paris 1872.  
CHIARUTTINI.—*Syndrome de Raynaud.* XX Congrès de Méd. interne. 1905.  
DASTRE Y MORAT.—*Recherches sur le système nerveux vaso-moteur.*—  
Paris 1884.  
G. ETIENNE.—*Rôle du froid dans la pathogenie.* «Arch. gen. de Méd.» 1905.  
FERRIER.—*Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.*—1905.  
GUILLAIN Y PEFHAON.—*Asphyxie locale et gangrene des extrémités.* «Presse médicale». 1905.  
GILLAUMIN.—*Contribution à l'étude de la gangrene.* «Th. Paris». 1905.  
GOLDSCHMIDT.—*Bulletin et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* 1905.  
HALLOPEAU Y LESNIER.—Soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1907.  
MLLE. LANDRY.—*Gangrene Symétrique des extrémités.* Soc. médicale psych. 1907.  
LEPINE Y POROT.—Soc. Méd. de Hôp. de Lyon. «Lyon Médical». 1905.

- LUCIANI.—*Tratado de Fisiologia* (v. española).  
J. A. MILNE.—*British medical Journ.* 1906.  
MONTINI.—*Gazzetta degli Ospedali e delle Clinichi.* 1905.  
OPPENHAİM.—*Tratado de enfermedades nerviosas* (v. española).  
PIERY.—*Gangrene symetrique des extremités chez in Phtisique.* «*Lyon Medical.*» 1905.  
RIVET.—Soc. de Pediatrie. 1907.  
SALVINI.—*Riforma Medica.* 1907.  
F. SARVONAT.—*Etiologie et pathogenie de la maladie de Raynaud.* «*Gazzette des Hôpitaux.*» 1907.  
SASSI.—*Gazzetta degli Ospedali e delle Clinichi.* 1907.  
SCHIFF.—*Recuil des memoires physiologiques.*—Lausanne. 1894.  
SHOEMAKER.—*New-York medical Journal.* 1907.  
SOMMELET.—*Contribution à l'étude de la gangrene.* «*Th. Paris.*» 1905.  
SOUQUES Y CL. VINCENT.—*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôp. de Paris.* 1906.  
STRAUSS.—*U. angiospastiche Gangrän.* «*Arch. f. Psychiatrie.*» 1894.

NOTA. Terminado ya el trabajo, me comunica un querido compañero un caso que, por ser una confirmación de las ideas apuntadas por mí, copiaré aquí. Trátase de un enfermo de Strauss, esclerósico en placas, con múltiples accidentes de gangrena de los miembros y la cara. En la autopsia se encontraron lesiones intensas, *principalmente en las regiones bulbares, donde se hallan los centros vaso-constrictores.*

---

## BARCOS HOSPITALES

POR EL MÉDICO DE LA ARMADA

E. B. PICKTHORN

---

Extractado del «*Journal of the Royal Army Medical Corps.*»

---

En la comunicación leída ante la Sociedad Médica de los Servicios Unidos en Marzo de 1908, E. B. Pickthorn dice: Al tratar de barcos hospitales, daré antes un ligero extracto histórico de este asunto, que espero será de interés, y recordarán puntos que conviene tener muy presentes.

Los franceses reclaman la prioridad de haber utilizado barcos como hospitales especiales de guerra. Hacia fines del siglo xvii se dió orden á las autoridades navales de dicho pais para que un barco se destinase á cada diez de línea, con objeto exclusivo de ser ocupado por los enfermos y heridos. Los puentes debian ser altos, las escotillas grandes y los cañones de las baterias separados para dejarlo completamente libre y en condiciones para poner allí las camas. Además de la tripulación necesaria para navegar, cada barco hospital tendria de dotación un Capellán, un Pagador, un Cirujano Jefe, dos Cirujanos ayudantes, dos Médicos, dos practicantes, dos lavaderos, un panadero y un cocinero. El barco debia estar provisto de material é instrumental suficiente para tratar á los que ingresaran, recomendándose igualmente que se tuviera como repuesto lienzo usado, sábanas y mantas para 100 camas y todos los demás articulos necesarios para alimentación de heridos y enfermos.

En Junio de 1690 hubo ocasión de probar la eficacia de tal organización cuando la flota dejó la rada de Brets para tomar parte en el combate de Beachy Head. Se hicieron amplias provisiones del material sanitario entonces empleado, tomándolo de Brest, Dunquerque y Calais. Los barcos hospitales formaban, con las fragatas y navíos, una línea á la derecha de la escuadra pronta á tomar parte en su cometido. Los partes oficiales dan como recogidos en los mismos y desembarcados en la costa Noroeste 81 heridos, lo cual no es ciertamente un gran número, si se tiene en cuenta que el de heridos se elevó aquel dia á 811 y los enfermos llegaron á 712. La prueba no resultó muy favorable, porque muchos buques, desobedeciendo las órdenes recibidas, regresaron á las costas de Francia llevando á bordo gran número de heridos y enfermos. La dificultad de transbordar los heridos parece ser la razón principal de no haber utilizado los barcos hospitales. Sin embargo, esta primera experiencia no debe tenerse muy en cuenta para



la crítica, si se considera que todos los buques combatientes eran de vela y seguramente no tenían á bordo servicio especial de botes, además de las dificultades que suponía entonces el destacar de un buque con aparejos rudimentarios este material tan pesado. Los higienistas de aquella fecha atribuían entonces la mala salud habitual de las compañías á bordo al uso de aguas corrompidas, el consumo de pan insalubre, la presencia del ganado en los sollados, etc., y esto mismo, con algunas más propias de los servicios hospitalarios, se presentaban en los barcos donde eran tratados los heridos; de suerte que una mortalidad de 15 por 60, observada en el primer barco que trató heridos á bordo, fué considerada como un resultado satisfactorio.

Sir Gildert Blane, cuando servia en las Indias Occidentales en 1741, recomendó hacer uso de barcos hospitales para mejorar el tanto por ciento de enfermos, que entonces ascendía á la cifra de 14 por 100, y también en el siglo XVIII se usaron barcos para enfermos, pero sólo en tiempos de epidemia, y eran pontones anclados más que nada para aislamiento. Se colocaban en la bahía á gran distancia del resto de los demás buques y allí eran enviados los enfermos, principalmente en tiempos de fiebre amarilla. Aún existen hoy ejemplos en Purfleet para la viruela, y el *Dreadnought* ha servido durante cuarenta y cinco años para los marineros del servicio mercante como barco hospital, hasta 1870 que se construyó el actual hospital marítimo de Greenwich. Esta clase de instalaciones han sido muy censuradas, sobre todo en casos de epidemia: se encuentran mal alumbrados, es difícil tenerlos calientes en tiempo de invierno, es fácil que se incendien, resulta insuficiente la cantidad de agua potable y en condiciones que pueden contener, al mismo tiempo que la ventilación natural se hace de un modo poco satisfactorio.

En 1873, el *Victor Manuel*, un barco de madera antiguo, pero movido á hélice, fué convertido en barco hospital para

el servicio de la costa Oeste de África. El arreglo lo dejó transformado en un local apropiado para 6 oficiales y 142 de tropa acomodables en litera y 60 convalecientes en hamaca. Según el Jefe médico del mismo, Mayor Bleckley, con las 142 literas ocupadas, el espacio concedido á cada enfermo era sólo de 333'58 pies cúbicos, y el área superficial de 36'9 pies cuadrados, por lo cual el número de camas utilizables fué reducido á 120. Si todas las literas hubiesen estado ocupadas al mismo tiempo y la proporción de heridos ó los casos de disentería hubieran sido numerosos, seguramente que todas las precauciones para una buena ventilación habrían sido pocas. El *Victor Manuel* estuvo en la costa del cabo Clestillo como hospital estacionario por dos meses, y allí se recibían los casos graves de malaria y disentería, como medio de aligerar los hospitales de tierra. El embarque se hacía en botes, tardando en la faena de veinte á cuarenta minutos, según el tiempo, y luego éstos eran remolcados todo el trayecto. Según el mismo Bleckley manifiesta, las seis camas para Oficiales eran insuficientes, como también resultaba censurable el haber puesto mamparas en una porción del puente para los casos de fiebre amarilla tratados en la estación fría, porque este arreglo dificultaba extraordinariamente la limpieza del mismo, tan esencial en los buques de esta indole.

Los barcos de la marina mercante han sido utilizados como barcos hospitales siempre que las necesidades de alguna campaña los ha hecho precisos. El año 1885, el vapor *Ganges* fué arreglado como tal para las fuerzas expedicionarias de Suakin, pudiendo contener acomodo para 16 Oficiales y 81 soldados en cama, más cabida para 60 convalecientes. Tenía además sala de infecciosos, con personal especial para la misma. El barco fué empleado como estación sanitaria durante diez semanas, en cuyo tiempo fueron tratados á bordo 784 pacientes, de los cuales había 105 heridos.

En estos últimos diez años los barcos hospitales han sido

utilizados por todas las potencias en gran escala, y todos están conformes en reconocer que actualmente constituyen una necesidad del material naval de guerra. Además ya en la Conferencia de La Haya (1899) se han hecho extensivos á esta clase de buques los principios de la Convención de Ginebra de 1864. En ella se dispone que los barcos construídos ó contratados por las naciones para el objeto exclusivo de asistir y cuidar los heridos, enfermos y náufragos, no pueden ser capturados, siempre que de antemano se hayan comunicado sus nombres á las potencias beligerantes. Los mismos privilegios gozarán los barcos pertenecientes á Sociedades benéficas y particulares que los utilicen con el indicado objeto. Deben ir pintados de un color especial, con banderas visibles que indiquen su finalidad, no sólo para su protección, sino para pedir socorro en caso preciso. Les está prohibido vigilar los movimientos de los combatientes, y siempre en caso de lucha obrarán al recoger los heridos por su cuenta y riesgo. La Conferencia de 1907 establece que el hecho de llevar á bordo aparatos de telegrafía sin hilos no es motivo para negarles socorro cuando lo pidan.

No parece existir, en realidad, puesto determinado para el buque hospital durante un combate, y su misión será vigilar dónde sus servicios pueden ser más eficaces. Si va cerca de la flota puede ser tomado como espía, y entonces el enemigo ejercerá el derecho de presa; además, como con el alcance de los cañones actualmente comienza el fuego antes de los 7.000 metros, puede establecerse que estos barcos deben seguir á considerable distancia de la escuadra, para estar fuera de todo peligro. Un barco hospital, por consiguiente, sólo podrá ser utilizado para recoger náufragos cuando un buque averiado se separe de los demás, ó cuando un incendio exige transbordo inmediato.

La instalación de telegrafía sin hilos permite reclamar auxilio en el acto á los buques hospitales, de modo que esta es

otra razón para que deban estar alejados y no comprometan su neutralidad, dejando á los otros barcos la tarea de recoger náufragos y atender á los incendios que ocurran.

Las experiencias últimas se refieren á barcos mercantes transformables en hospitales. El Japón construyó dos atendiendo á esta posibilidad, y con arreglo á tal idea fueron inspeccionados por un Comité técnico; de suerte que en tiempo de paz se utilizan para carga y pasajeros con la expresa condición de no abandonar las aguas nacionales en sus viajes y entregarlos siempre que se necesiten. Las Compañías dueñas de tales buques tienen los planos para convertirlos en buques hospitales dentro de un plazo de treinta días en tiempo de paz y una semana cuando se declare la guerra.

Aunque este sistema sea de utilidad, parece que se piensa por muchos en la conveniencia de construir barcos destinados exclusivamente á tal objeto y para uso permanente. Desde luego ha de convenirse que estos últimos han de reunir mejores condiciones, puesto que todo se encontrará apropiado al fin que se desea. La enseñanza del Japón en este caso no puede tenerse muy en cuenta, por la poca distancia que los separaba, lo que hacía que los heridos no estuviesen á bordo nunca más de tres días.

Los usos para que pueden utilizarse los barcos hospitales son: primero, como estación fija sanitaria; segundo, como transporte de heridos y enfermos; tercero, como ambulancia; cuarto, como hospital, acompañando á la escuadra, en el cual se sometan á tratamiento por largo tiempo los casos que en la misma puedan ocurrir.

Los barcos estacionarios parecen llenar principalmente necesidades de un Ejército, presentando dos ventajas sobre los hospitales provisionales: la facilidad de tener agua fresca abundante, y la limpieza y remoción de las impurezas. Pueden enviarse á los puntos donde haya tropas destacadas, y allí prestarán muy útiles servicios, sobre todo en climas cálidos.

El barco hospital *Relief*, de los Estados Unidos, ha sido empleado con tal objeto en Manila.

El transporte de heridos y enfermos se hacía también en esta clase de barcos, llevando en los mismos á los que ya han sufrido tratamiento en los hospitales de campaña y aun en los mismos buques estaciones.

Los barcos ambulancias asistirán á los buques combatientes durante el momento de la acción, recogiendo los heridos para transportarlos á los hospitales fijos, y sólo en caso de urgencia serán tratados á bordo, limitándose á los casos de operaciones indispensables. Estos buques no tendrán más de 100 camas, porque así se facilita más el transporte, y porque, requiriéndose un gran número de botes para recoger y llevar los heridos, no pueden ser éstos atendidos en gran número de una vez por una sola unidad. Los japoneses probaron transbordar directamente desde el buque de guerra al barco hospital, pero se convencieron de que esto resulta más difícil, más peligroso y más lento que por medio de botes. Es preciso buscar medios de facilitar esta tarea de recoger los heridos después del combate y llevarlos al buque que haya destinado para el caso. Siempre deben acompañar barcos hospitales á la escuadra, porque en ellos deben hacerse las operaciones graves que después de un combate hay necesidad de practicar.

Seguramente que no es posible mantener en tiempo de paz un número suficiente de esta clase de buques construídos ex profeso, y por esta razón las naciones utilizan barcos mercantes. Los destinados al transporte de emigrantes, que tienen grandes sollados, poca ornamentación y son fácilmente adaptables, llenarian bien estas condiciones, sobre todo para transportes y servicios de ambulancias. En cuanto á los estacionarios y aquellos que deben acompañar á la escuadra, sería mejor construirlos especialmente como tales.

Estos últimos deberán reunir las siguientes condiciones:

- 1.<sup>a</sup> Acomodación para 200 enfermos ó heridos, entre ellos

20 Oficiales, con un personal de 6 Médicos, 35 enfermeros y 5 enfermeras.

2.<sup>a</sup> Tonelaje de 5 á 6.000 para que haya amplitud suficiente, y provisto de turbinas que den velocidad de unos 16 nudos.

3.<sup>a</sup> Debe usar petróleo como combustible por su mayor limpieza y comodidad.

4.<sup>a</sup> Si el combustible es petróleo no llevará lastre de agua; pero esta dificultad se obviará instalando un par de condensadores á bordo. Con un depósito de 150 toneladas de cabida y un aparato que destile 30 diarias, resulta agua abundante para todas las necesidades de 400 personas que pueden ir embarcadas.

5.<sup>a</sup> Las calderas y máquinas deben colocarse lo más lejos posible que permita la estabilidad del buque. En la proa se instalará el hospital, cuidando que las salas estén apartadas del calor irradiado, evitando también el ruido y mal olor que se produce en el cuarto de máquinas.

6.<sup>a</sup> La sala de operaciones, cuarto de curas y enfermerías, se situará por encima de la línea de flotación, destinando cuartos aislados para Oficiales y con 6 camas para la tropa. También debe llevar un departamento aislado para infecciosos y otro para afecciones tuberculosas. La preparación de curas y cuarto de practicantes debe de estar en sitio bien alumbrado, estableciendo un departamento de rayos X junto á una de las salas de operaciones. Es preferible tratar los enfermos en la litera y tener salas pequeñas para Oficiales, á separar los camarotes y camas de cada uno.

7.<sup>a</sup> El espacio concedido para enfermerías será amplio y los pisos de madera sin pulimentar, excepto en las salas de operación y anexos, que estarán cubiertos de cemento ó mosaico.

8.<sup>a</sup> En el piso inferior se instalarán servicios de lavadero, estufa de desinfección, cuarto de refrigeración, fabricación de hielo y almacenes de ropa.

9.<sup>a</sup> Cada cama debe contar al menos con un espacio de aire igual á 500 pies cúbicos. En el barco americano *Relief* tenían sólo 238 á 312, en el *Victor Manuel* 333; mientras que el *Coromandel*, enviado á la costa Oeste de África en 1895, contaba con 630 á 770.

10. Las escotillas serán grandes para ventilación, auxiliando ésta con ventiladores eléctricos. En el *Dreadnought* se instaló un sistema que combinaba felizmente la calefacción con la ventilación artificial. El aire era llevado por los ventiladores eléctricos á tubos que contenían vapor, donde se calentaba por su paso á través de ellos y así impulsado á las salas y sitios necesitados de calefacción, expulsándose el frío por las aberturas naturales. De este modo es fácil de regular la temperatura como se quiera.

11. La luz será eléctrica en todas las dependencias, y para su producción se hará la correspondiente instalación á bordo, aprovechable para rayos X, ventiladores, calentadores, ascensores, etc.

12. El servicio de retretes y baños debe estar cerca de las salas, pero separados de las mismas por un pasillo y con todos los perfeccionamientos higiénicos que permita su limpieza perfecta.

13. El servicio de incendios á bordo debe estar perfectamente instalado y siempre dispuesto á funcionar.

14. Existirá una dotación de botes salvavidas capaz de contener todas las personas que lleva el buque, con dos lanchas de vapor para remolque.

15. En los pisos correspondientes á las salas habrá aparatos movidos á vapor para recoger de los botes las camillas con heridos ó enfermos, y también debe llevarse á bordo una gran provisión de estas últimas para no utilizar las de los buques de donde se tomen los enfermos.

16. Los servicios de cocina estarán situados en cubierta, utilizando sólo las hornillas eléctricas para calentar te, caldos, etc.

17. Los laboratorios, cuarto de fotografía, depósito de cadáveres y otros servicios accesorios, siempre irán instalados en la cubierta.

El coste de un barco construido especialmente con tales condiciones se calcula en 300.000 libras esterlinas (7.500.000 pesetas), y el fletar un mercante aproximadamente igual vale 400 libras (10.000 pesetas) diarias, lo que supone algo más caro el primitivo recurso.

La cuestión que se plantea es la siguiente: ¿Existe en tiempo de paz servicio que pueda justificar este gasto tan considerable? El autor dice que sí, combinando las necesidades del Ejército y la Armada, puesto que siempre se puede utilizar como transportes de convalecientes durante las maniobras, en que se reunen muchos buques y siempre hay enfermos; para los cambios de destacamentos, en que se precisa transportar los de los hospitales, y cuando las escuadras hacen largas paradas en sitio donde no haya acomodos sanitarios, como también cuando estén en puertos extraños.

ANGEL MORALES,

Médico primero.

---

## PRENSA MÉDICA

---

El uso de la tulasa de Behring en la práctica oftalmológica.—El Doctor Collin ha publicado (*Munch. Med. Woch.*, Septiembre de 1907) el resultado de sus observaciones sobre el empleo de la tulasa ó la tulasalactina de Behring en el tratamiento de las lesiones tuberculosas de los ojos.

Recordemos á nuestros lectores que la tulasa es un producto

extraído de los bacilos de Koch por ciertas operaciones químicas un tanto complicadas, y que, según Behring, ejerce un efecto beneficioso sobre las lesiones tuberculosas del hombre y los animales. Inmunizando caballos con la tulasalactina, Behring ha podido preparar un suero que contiene anticuerpos que él llama antitulasa. Collin ha usado las dos preparaciones, la tu-



lasa y la antitulasi, en enfermos de la clínica oftalmológica de Michel, en Berlín, practicando un total de 280 inyecciones sin accidente alguno. La tulasi la ha dado comenzando por  $\frac{1}{100}$  de miligramo, hasta llegar á 8 miligramos en diez días, doblando la dosis diaria; mientras que la antitulasi la ha administrado á mayores cantidades, comenzando por un decigramo y llegando á 2 gramos. Con la tusalactina se produce una ligera reacción general y local, que es bien tolerada y seguida de una positiva mejoría. Con el uso de las dos preparaciones el autor asegura haber obtenido bastantes éxitos.

\*.\*

**Sobre la conservación del cloroformo y sobre un medio fácil de descubrir su alteración.**—Los Dres. Pierre Breteau y Paul Woog han procedido á un gran número de experiencias para encontrar un medio de conservar el cloroformo, superior á los hasta aquí empleados. Además han descubierto un medio de revelar el más ligero grado de alteración de este medicamento. Esta alteración se traduce, como es sabido, por la formación de productos clorados de reacción ácida, cuya aparición se retarda adicionando al cloroformo algunas milésimas de alcohol y conservándolo en frascos de vidrio colorado. Pues bien, hay sustancias, como la trementina, el mentol, el guayacol, el timol, etc., que adicionadas al cloroformo en cantidad de 2 á 4 milésimas, conservan este medicamento en frascos sin color, lo que permite introducir en el cloroformo una substancia que sirviendo de indicador da cuenta de la alteración de este cuerpo inmediatamente que se produce. Ese

indicador está representado por una redondela de médula de saúco ligeramente coloreada por el rojo Congo, que se torna azul instantáneamente bajo la influencia de compuestos ácidos formados por la más débil alteración del cloroformo. Este progreso podría ser utilizado en los frascos de cloroformo que van en las formaciones sanitarias de campaña.

(Archives Médicales Belges).

\*.\*

**Intoxicación por el plomo á consecuencia de la retención de proyectiles en los heridos.**—El Dr. Egbert Braatz ha referido (*Munch. Med. Woch.*) seis casos de envenenamiento por el plomo á consecuencia de balas retenidas durante largo tiempo en los tejidos. Algunas veces—dice el autor—la bala ha podido permanecer en el cuerpo diez y siete ó diez y ocho años antes que ningún síntoma denuncie la intoxicación por el plomo. En otros casos todas las manifestaciones de una grave intoxicación pueden sobrevenir á las pocas semanas. Los síntomas son los mismos que se presentan en las personas que por su profesión andan en contacto con substancias que contienen plomo, como son: la línea azulada de las encías, cólicos, constipación, anemia, dispepsia, temblor, parálisis, neuralgias, hipertrofia del corazón, nefritis con hidropesía, atrofia del nervio óptico, dolor de cabeza, delirio y parálisis progresiva.

Como dato interesante que ayuda al diagnóstico hay que recordar la observación de E. Grawitz, que ha encontrado la presencia de gránulos basófilos en los leucocitos, lo que junto con otros síntomas clíni-

cos tiene una gran importancia diagnóstica.

\* \*

**Heridas por arma de fuego de los nervios y sus operaciones plásticas.**—El Médico del Ejército japonés N. Namba ha publicado un estudio de 439 lesiones de nervios ocurridas en 6.638 heridos de las extremidades asistidos en el hospital militar de Nagoya. La proporción extraordinaria de heridas de los nervios es debida, según el autor, al aumento de velocidad de los proyectiles y al hecho de que muchas piernas y brazos que eran antes amputados son, merced á los progresos de la cirugía, actualmente salvados. Los nervios del antebrazo son los que han sido lesionados más veces, á causa de su más expuesta posición. Del total de heridos de los nervios, unos con intervención quirúrgica y otros sin ella, se han curado el 24 por 100. El autor confiesa que muchas de esas curaciones fueron obtenidas en heridas muy leves. Las reglas de intervención fueron muy variables, según las indicaciones de cada caso, comprendiendo masaje, baños, electricidad, resección, trasplatación é implantación de los cordones nerviosos.

\* \*

**Resultado del tratamiento de los niños tuberculosos en los sanatorios.**—Este asunto tan debatido ha recibido un gran esclarecimiento con el *report* de la *Primera Sociedad austriaca para el cuidado de los niños tuberculosos* recientemente publicado en Viena. Aprovechando el buen tiempo de la última primavera, 89 niños fueron asistidos en el sanatorio de la Sociedad por espacio de cinco meses en las mejo-

res condiciones. De estos niños, que todos eran de cuatro á catorce años y positivamente tuberculosos, con localización pulmonar, 80 padecían lesión en un lado solo y 59 en ambos pulmones. Muchos de ellos tenían antecedentes hereditarios, otros habían sido infectados en el seno de su familia, y en el resto no se conocían estos antecedentes.

Al terminar los cinco meses 80 niños estaban curados, y el resto, aunque mejorados, todavía se observaban claros síntomas de lesión pulmonar. Es decir, cerca del 90 por 100 de curados, lo que representa un éxito colosal. El aumento de peso de los niños fué de 1 á 8 kilos.

A juzgar por estos antecedentes, el mejor tratamiento de la tuberculosis de los niños son los sanatorios, sobre todo en los primeros períodos de la lesión pulmonar.

\* \*

**La yeyunotomía.**—Los Doctores Delore y Thevenet han publicado (*Arch. Gen. de Chir.*, núm. 3, 1908) un estudio de la yeyunotomía practicada en el tratamiento de la estenosis esofágica y en enfermedades gástricas que requieren para su curación el reposo absoluto del estómago, alimentando cumplidamente á los enfermos. Esta intervención quirúrgica no merece, según los autores, el descrédito en que se encuentra por algunos Cirujanos. Los resultados son buenos cuando el operador se ajusta á una oportuna técnica. El método preferible es el conocido con el nombre de operación de Eiselsberg-Witzel, que en sus detalles es muy semejante al bien conocido de Witzel para la operación de la gastrotomía.

La yeyunotomía tiene, según los autores, las siguientes indicaciones: primera, en el cáncer del esófago, cuando la gastrotomía es imposible; segunda, en el cáncer del estómago, cuando la situación y extensión de la lesión impide la gastrotomía ó la gastro-enterotomía; tercera, en la fístula gástrica, cuando el orificio está situado en la región pilórica y no puede ser tratada por sutura directa; cuarta, en las quemaduras del estómago por agentes corrosivos y en que las lesiones son difusas, en cuyo caso sólo la yeyunotomía realizada pronto puede salvar los enfermos; quinta, en la ulceración aguda intensa del estómago, cuando la hemorragia no puede contenerse por medios farmacéuticos y en que por cualquier circunstancia no pueda practicarse la gastro-enterotomía.

\* \* \*

**Absceso renal conteniendo gonococos.**—El Dr. Weisswange ha referido (*Zentralbl. für Gynäk.*, número 17, 1908) un caso de infección gonocócica del riñón. Era una mujer de treinta y cuatro años, que había tenido cuatro embarazos. En 1897 fué admitida en el hospital por eclampsia, y durante el puerperio se le observaron gonococos en las secreciones vaginales. A los pocos días se elevó la temperatura y se presentaron signos de pielonefritis del lado derecho. La orina contenía gonococos en abundancia. Con ayuda del citoscopio se recogió orina del uréter derecho, que contenía el gonococo, mientras que la del izquierdo no. Weisswange, creyendo que se trataba de un absceso renal, procedió á la abertura del mismo, lo que confirmó el diagnóstico. En el pus se encontraron

numerosos gonococos. La herida fué suturada y drenada, y la paciente curó.

\* \* \*

**Tuberculosis primaria de la conjuntiva.**—En el *Echo Médical du Nord*, el Dr. Painblan describe un caso curioso de tuberculosis primaria de la conjuntiva. El paciente, de edad de veintiocho años, con buena salud general y con antecedentes hereditarios tuberculosos, á consecuencia de la entrada de un poco de serrín en los ojos comenzó á padecer de una conjuntivitis, que al principio fué considerada como granulosa y que más tarde se mostró era tuberculosa, de forma vegetante. A primera vista no se percibía más que un estrechamiento de la abertura palpebral y una ligera ptosis. Abriendo los párpados se observaba, sin embargo, una serie de vegetaciones en ambos sacos conjuntivales, blandas, de color rosa ó gris y colocadas unas junto á otras. No había ulceración, y el examen de las vegetaciones demostró la presencia de bacilos de Koch.

\* \* \*

**La anestesia local en el tratamiento de las fracturas.**—El Dr. Lorda (*Zentralbl. für Chir.*, núm. 49, 1907) ha hecho durante dos años uso sistemático y regular de la anestesia local en la reducción de cierta clase de fracturas. Esta práctica, dice el autor, ayuda mucho la maniobra del examen y reducción de las lesiones que son muy dolorosas y la aplicación de apósitos y aparatos de contención.

La técnica usada por Lorda es la siguiente: después que ha sido fijado el sitio preciso de la fractura, se introduce una solución anestésica por medio de una jeringa pro-

vista de una larga aguja, que permite llevar la inyección primero entre los fragmentos óseos y después alrededor de la región, hasta conseguir, por repetidas inyecciones, que la médula ósea, el periostio y las partes que rodean el hueso se impregnen del líquido anestésico. La solución usada es de una parte de cocaína y 200 de agua salina fisiológica, á la que se añade una gota de adrenalina. La estovaina y la alipina han sido también usadas; pero no son tan eficaces como la cocaína y sus soluciones: necesitan ser inyectadas en mayores cantidades. De 5 á 8 centigramos de cocaína pueden ser inyectados sin ocasionar malos efectos, y la acción estíptica de esta sustancia, junto con la de la adrenalina, tiende á prevenir la formación de hematomas en el sitio de las fracturas. Después de un intervalo de seis á ocho minutos de la inyección de cocaína, la anestesia en el sitio de la fractura es completa y sobreviene la cesación de la contractura muscular.

El método da eficaces resultados en muchas fracturas en que los Cirujanos estiman como necesaria la cloroformización.

\*  
\* \*

**Fracturas producidas por armas de fuego.**—El Dr. Kerchenberger ha publicado en *Der Militaerarzt* el resultado de sus experimentos para averiguar la forma más común de fractura producida por los proyectiles de armas de pequeño calibre. A este fin ha hecho experiencias con el rifle Flobert y con fusiles de diversos sistemas, disparando á distancias diferentes sobre las diáfisis de varios huesos. Los resultados—según el autor—no fueron

uniformes; pero él dedujo, en tesis general, que las heridas por bala de fusil producen varias fisuras radiadas en los huesos. La comunicación del autor está ilustrada con numerosos grabados, que revelan el resultado de sus experimentos.

\*  
\* \*

**Muerte rápida por orquitis.**—En la revista *Deutsche Militarärztliche Zeitschrift*, el Dr. Bonnette ha publicado una epidemia de 28 casos de parotiditis entre los soldados, en 9 de los cuales se presentó simultáneamente una orquitis intensa. Especialmente graves fueron los síntomas subjetivos que se desarrollaron en un soldado de infantería, que al cuarto día de enfermedad presentó 40° de temperatura, 130 pulsaciones y debilitación de los latidos cardíacos. A la tarde del día siguiente el soldado murió casi de repente. Aunque la autopsia no pudo hacerse, el autor cree que la muerte fué debida á una embolia consecutiva á una endocarditis infecciosa determinada por el microorganismo de la parotiditis.

\*  
\* \*

**Instrucción militar preparatoria en Suiza.**—El Gobierno suizo se ocupa con gran atención del desarrollo físico de los ciudadanos como preparación al servicio militar. Recientemente ha tomado algunas disposiciones sobre la instrucción física de los futuros reclutas. Esta instrucción es de tres categorías: Primera. Instrucción gimnástica obligatoria en las escuelas cantonales desde el ingreso hasta la edad de quince ó diez y seis años. Segunda. Enseñanza física voluntaria después que los individuos dejan la escuela, desde

diez y seis á diez y nueve años. Para este objeto el Gobierno favorece la creación de gimnasios y clubs de toda clase de «sports», organiza cursos para instructores y prescribe la naturaleza de los ejercicios que se deben practicar. Tercera. El Gobierno subvenciona la creación de Cuerpos de voluntarios que se ejercitan en el tiro al blanco como preparación al servicio en el Ejército.

\*  
\*\*

**Aumento de personal en la reforma del Cuerpo de Sanidad Militar en los Estados Unidos.**—El acta aprobada

por el Parlamento yanqui en 23 de Abril de 1908 reorganizando los servicios del Cuerpo de Sanidad Militar, aumenta el personal médico en 6 Coroneles, 12 Tenientes Coroneles, 45 Mayores y 60 Capitanes y Primeros Tenientes. Según esta ley los Tenientes médicos son promovidos á Capitanes después de tres años de servicio, en lugar de cinco como sucedía antes, y el aumento de plazas en los empleos superiores asegura el movimiento de la escala de una manera regular y beneficiosa para los individuos del Cuerpo.

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

- 10 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 141) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Antonio Bernal Descalzo y á los Médicos primeros don Nemesio Agudo de Nicolás, D. Antonio Sánchez Reyes, D. Francisco Ibáñez Aliaga, D. Eustasio Conti Alvarez, D. Francisco López Elizagaray y D. Francisco Bada y Mediavilla.
- 24 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 141) concediendo la gratificación correspondiente á diez años de efectividad en sus empleos á los Médicos mayores D. Felicísimo Cadenas y Gutiérrez, D. Ramón Olmos y Robert, D. Angel de Larra y Cerezo y D. Manuel Martín Salazar.
- 25 » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 142) concediendo al Médico mayor don Angel Rodríguez Vázquez dos meses de licencia por asuntos propios para Canfranc y Panticosa (Huesca) é Irún (Guipúzcoa).
- » » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 142) declarando derecho á pensión á la viuda del Inspector farmacéutico de segunda clase D. Ignacio Vives y Nogués.
- 26 » » Real orden circular (*D. O.* núm. 143) disponiendo que el hos-

pital de Ceuta figure en lo sucesivo entre los de primer orden, y tenga, por tanto, opción al material sanitario que se asigne á los de dicha categoría.

27 Junio.—Real orden (*D. O.* núm. 143) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á la situación ó á servir los destinos que se les señalan:

*Subinspector médico de primera clase* D. José Fernández Alvarez, al hospital de Burgos, como Director.

*Subinspector médico de segunda clase* D. Eloy Cayuela y Martínez, al hospital de Santa Cruz de Tenerife.

*Médicos mayores:* D. Sebastián Fossá y Lambert, á la Inspección de Establecimientos de Instrucción é Industria, en plaza de Médico primero, y D. Bonifacio Onsaló y Morales, á excedente en la primera Región.

*Médicos primeros:* D. Casto Morales Moleón, al segundo batallón de Extremadura, en plaza de Médico segundo; D. Baltasar Tomé y Ortiz, al primer batallón de Vizcaya; D. Bonifacio Collado y Jaraiz, al primer regimiento montado de Artillería, y D. Francisco Ortega Gómez, al cuarto Establecimiento de Remonta de Caballería.

*Médicos segundos:* D. Julián Villa y Sanz, al segundo batallón de Castilla; D. Francisco Gómez Arroyo, á la Ambulancia de montaña número 2; D. Práxedes Llisterri y Ferrer, al segundo batallón de España; D. Silvano Escribano y García, al segundo batallón de Garellano; don Juan Martínez Roncalés, al segundo batallón de Asia; D. Cosme Valdovinos García, al segundo batallón de Bailén; D. Manuel Bernal y Noailles, al segundo batallón de Aragón; D. Norberto Olózaga y Belaunde, al segundo batallón de la Lealtad; D. Dionisio Fernández y Alcalde, al segundo batallón de Isabel II; D. Elío Díez y Mato, á eventualidades en el Ferrol; D. Servando Barbero y Saldaña, al segundo batallón de Cuenca; D. Francisco Piñero y Carolá, al segundo batallón de San Quintín; D. Angel Capa y Arabietorre, al segundo batallón de Cantabria, y don Francisco Peña y Azaola, al hospital de Chafarinas.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 143) concediendo el retiro al Farmacéutico primero D. José Díaz Casabuena.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 143) concediendo la gratificación de

500 pesetas anuales al Médico mayor, Profesor de la Academia Médico-militar, D. José Sánchez y Sánchez.

27 Junio.— Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 143) clasificando en situación de retirado al Farmacéutico primero D. José Díaz Casabuena.

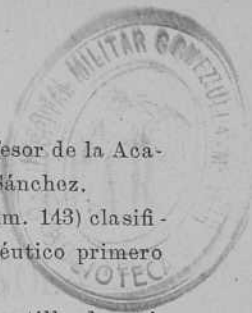
30 » » Real orden (*D. O.* núm. 144) aprobando la cartilla de uniformidad para el Cuerpo de Sanidad Militar.

» » » Idem *ídem.* (*D. O.* núm. 144) promoviendo al empleo de Médicos segundos á los 23 alumnos de la Academia Médico-militar que á continuación se relacionan:

D. José Palanca y Rodríguez-Fortún, D. Leopoldo Martínez y Olmedo, D. Justo Díez y Tortosa, D. Marcelo García y Silva, D. Manuel Bastos y Ansart, D. Félix Beltrán de Heredia y Velasco, D. Eduardo Lomo y Godoy, don Juan Fernández y Lozano, D. Alberto Corradi y Rodríguez, D. Florencio Herrero y Menguijón, D. Ramiro Torreira y Martínez, D. Jerónimo Forteza y Martí, D. Salvador Sanz y Perea, D. Julio Camino y Galicia, D. Ignacio Granado y Camino, D. Mariano Navarro y Moya, D. Gerardo Pastor y Fernández, D. León Romero y Corral, don Bernardo Areces y Matilla, D. Servando Camúñez y del Puerto, D. Eduardo Zuazua y Gastelú, D. Gonzalo López y Rodrigo y D. Manuel Romero y García.

» » » Idem *ídem.* (*D. O.* núm. 145) disponiendo que los Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan:

*Médicos segundos:* D. José Palanca y Martínez-Fortún, á la primera sección, primera compañía, de la brigada del Cuerpo; D. Leopoldo Martínez y Olmedo, á la segunda sección de dicha compañía; D. Juan Fernández y Lozano, á la primera sección de la segunda; D. Alberto Corradi y Rodríguez, á la segunda sección de la segunda; D. Jerónimo Forteza y Martí, á la primera sección de la tercera; D. Julio Camino y Galicia, á la segunda sección de la tercera; D. Ramiro Torreira y Martínez, á la primera sección de la cuarta; D. Florencio Herrero y Menguijón, á la segunda sección de la cuarta; D. Justo Díez y Tortosa, á la primera sección de la quinta; D. Bernardo Areces y Matilla, á la segunda sección de la quinta; D. Eduardo Lomo y Godoy, á la primera sección de la sexta; D. Gerardo



Pastor y Fernández, á la segunda sección de la sexta; don Marcelo García y Silva, á la primera sección de la séptima; D. León Romero y Corral, á la segunda sección de la séptima; D. Manuel Bastos y Ansart, al hospital de Madrid-Carabanchel; D. Félix Beltrán de Heredia y Velasco, al hospital de Barcelona; D. Mariano Navarro y Moya, al hospital de Barcelona; D. Salvador Sanz y Perea, á la Ambulancia de montaña número 3; D. Servando Camúñez y del Puerto, al segundo batallón de Álava; D. Gonzalo López y Rodrigo, al segundo batallón de Otumba; don Eduardo Zuazua y Gastelú, al segundo batallón de Navarra; D. Ignacio Granado y Camino, al segundo batallón de Zamora, y D. Manuel Romero y García, al segundo batallón de Burgos.

- 3 Julio.—Real orden (*D. O.* núm. 148) nombrando al Médico primero don Cándido Sánchez Ruiz Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de León.
- 4 » Idem íd. (*D. O.* núm. 148) confiriendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascenso, al Farmacéutico segundo D. Felipe Sánchez Tutor.
- 7 » Idem íd. circular (*D. O.* núm. 151) dictando instrucciones para la substitución de los Jefes del detall de los Cuerpos.
- 8 » Idem íd. (*D. O.* núm. 152) dictando instrucciones para rendir cuentas mensuales de fondos de material la Sección sanitaria de esta plaza en sus relaciones administrativas con la Brigada del Cuerpo.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 152) desestimando instancia del Subinspector médico de segunda clase retirado D. José Bellver y Mateo, sobre mejora de retiro.
- 10 » Idem íd. (*D. O.* núm. 153) autorizando la permuta de destinos entre los Subinspectores médicos de primera clase D. Antonio Hermida y Alvarez y D. José Fernández Alvarez, y disponiendo que el primero continúe desempeñando en comisión, en esta Corte, el cargo de Presidente de la Comisión de reforma del material sanitario de campaña.

---

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