

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII MADRID I.º DE SEPTIEMBRE DE 1899 N.º 293

## LA GRAN PLAGA

Por si eran pocas las que nos afligían, asoma de improviso una de las mayores calamidades públicas.

Está fuera de duda que la epidemia que desde hace mes y medio viene causando víctimas en Oporto, es la peste levantina.

La importó con bandera inglesa la codicia mercantil, y arraigó y se extendió por un incalificable descuido del Gobierno lusitano.

España, por su propio interés y en beneficio de toda Europa, procuró, desde el mismo momento que tuvo noticias ciertas de la epidemia, adoptar las medidas sanitarias reclamadas por la opinión y exigidas por la inminencia del peligro.

El inmediato restablecimiento de la Dirección de Sanidad y la designación del Dr. Cortezo para el desempeño de cargo tan importante y difícil, revelaron desde luego el mejor deseo por parte de nuestros gobernantes; y tanto el nombramiento de los Doctores Pulido y Jimeno para las Inspecciones Sanitarias, como el del Doctor Ramón y Cajal para la Dirección del Instituto Central Serotérico, han demostrado un acierto extraordinario en la elección de personal, acierto que en España y fuera de España ha merecido aplausos entusiastas y sinceras felicitaciones.

Por fortuna, hasta el momento en que escribimos no se ha registrado en nuestro país ningún caso de peste, ni siquiera sospechoso, de tan terrible enfermedad. Pero ¿quiere ésto decir que haya seguridad, ó cuando menos esperanza de conseguir la indemnidad apetecida?.....

En las campañas higiénicas, lo mismo que en las campañas militares, el éxito ó el triunfo no depende exclusivamente de la ca-

lidad del personal que dirige las operaciones. Cuando no hay disciplina en los que han de obedecer, cuando faltan los elementos materiales para sostener la lucha, y cuando ésta se inicia después de haber rebasado tranquilamente el enemigo las más fuertes posiciones en que se le había de combatir, la pericia y el valor de los que mandan son siempre insuficientes para evitar el fracaso.

No es, pues, de extrañar que, siendo relativamente tranquilizadoras las noticias que comunica la prensa respecto á la marcha ó desarrollo de la epidemia reinante en Portugal, se tema por la generalidad de los españoles que un día, acaso el que menos se piense, tengan que empezar á funcionar los hospitales de apestados, cuya previsora organización parece ultimada en todas las provincias.

C. I. DE ALARCÓN.

---

## LA CAMPAÑA DE FILIPINAS

---

(Recuerdos é impresiones de un Médico militar)

---

(Continuación.)

Pocas particularidades, dignas de especial mención, ofrecieron las lesiones debidas á los proyectiles de artillería; como siempre acontece, la acción vulnerante se tradujo en casos de muerte rápida por lesiones viscerales y de los troncos vasculares gruesos, ó en heridas mutilantes de las extremidades.

Los lantacazos que tuve ocasión de observar en los hospitales, revistieron poca gravedad y curaron fácilmente. Los proyectiles eran, como ya se ha dicho, grandes, pesados y de varias formas; pero por ser de hierro y, por lo mismo, muy poco deformables, y por ser muy pequeña su velocidad restante á distancias de más de

300 metros, la fuerza de penetración de esta metralla, lanzada directamente por piezas defectuosas, resultaba tan escasa, por fortuna, que casi nunca logró vencer la resistencia opuesta por el esqueleto y aun por las mismas masas musculares.

Extraje un proyectil cúbico de hierro, de cerca de 50 gramos de peso, implantado en la región mesotenar, y la herida, aunque extensa, no estaba complicada con fractura de los metacarpianos. Otro proyectil mayor y más irregular, constituido por un fragmento de palastro, penetró en la región masetero-parotídea hasta quedar enteramente cubierto por la piel, y de allí pude extraerlo sin dificultades ni consecuencias de ningún género.

El Médico mayor D. Vicente Anievas extrajo también otro proyectil de lantaca, exaédrico y de 60 gramos de peso, que después de herir el esterno-cleido-mastoideo quedó comprimiendo fuertemente la carótida y el pneumogástrico.

Los lantacazos, sin embargo, nos ocasionaron muchas y sensibles pérdidas.

Cuando, después de nutrido fuego de fusilería, se debilitaba ó cesaba la defensa de una trinchera enemiga y nuestras tropas corrían á asaltarla, solía esperar el momento supremo algún fanático tagalo, oculto en el parapeto, para disparar á quema-ropa una lantaca, que hasta entonces habíase tenido cuidado de ocultar. De este modo, la tosca artillería de los insurrectos tenía que producir bajas seguramente, y se comprende bien que el número de muertos que produjera en el campo de la acción fuese igual ó mayor que el de los heridos relativamente leves asistidos en los hospitales.

De la artillería americana ¡qué hemos de decir! Si no estuviese plenamente demostrado que sus efectos han sido la causa eficiente, así de los desastres sufridos por nuestra debilitada España, como del achicamiento experimentado simultáneamente por otras potencias más fuertes y orgullosas, acaso me creyera obligado á justificar la acción destructora é inmediatamente decisiva que ha ejercido en la última campaña. Pero siendo, como son, conocidas por todo el mundo la extensión é intensidad en que se hacen sentir los

efectos de la moderna artillería—tanto mayores cuanto más numerosas y mejor manejadas son estas armas de combate—, huelga en absoluto el relato de los destrozos y las desgracias causadas en breve tiempo por los muchos y buenos cañones de la escuadra de Dewey.

Conviene únicamente á mi propósito hacer constar dos hechos de mucha significación.

Los marinos derrotados en Cavite y las tropas desalojadas de San Antonio Abad, tuvieron la desdicha de luchar con pobres elementos ofensivos; pero aún fué peor para ellos tener que aguantar el mortífero fuego de la escuadra yankee, desprovistos de toda protección, sin blindajes ni defensas que mitigaran lo más mínimo el efecto de los certeros disparos de la artillería.

En cambio, los artilleros americanos, que servían tranquilamente las piezas de los barcos al abrigo de fuertes blindajes, por si no fuera bastante ventaja el mayor alcance que aquéllas tenían, dispararon granadas-torpedos con doble espoleta de tiempo y percusión, cargadas con diferentes explosivos y materias inflamables.

Las cubiertas de nuestros barcos, durante el combate de Cavite, eran charcos de sangre, cortados de trecho en trecho por lúgubres hogueras. Las víctimas de aquella lucha, que por ser tan desigual podría llamarse infame, mostraban á un tiempo las heridas causadas por cascotes de proyectiles y las quemaduras producidas por líquidos explosivos: las unas, grandes, irregulares, sangrientas, descubriendo casi siempre un hueso fracturado, una articulación deshecha ó las vísceras de una cavidad orgánica; las otras, pequeñas, múltiples, redondeadas, y ocultando siempre el espesor de secas y profundas escaras con manchas de singular negrura.

Algunos Jefes y Oficiales de las escuadras francesa, alemana, inglesa y japonesa que visitaron la ambulancia de Manila á poco de llegar los heridos del combate de Cavite, pudieron ver que todos éstos traían en las plantas de los pies una costra roja que á duras penas se desprendía con los lavados antisépticos. Y también

se fijaron, como era natural, en las manchas negras de que estaba salpicado el cuerpo de aquéllos desventurados.

Aunque las circunstancias del momento no eran muy abonadas para ciertas espontaneidades, no faltó quien dijera empleando el único idioma en que todos nos podíamos entender:

« ¡Voici la marque de la bravoure!

¡Voilà les taches de la cruauté! »

Con los antecedentes expuestos, se explica perfectamente la enorme desproporción que resultó en las bajas del combate de Cavite, en el cual, por ambas partes, sólo se hizo uso de la artillería.

Bajas ocasionadas en el combate de Cavite.

(Datos oficiales.)

		Muertos.	Heridos.
Españoles.....	En la Escuadra.....	58	286
	En el Arsenal.....	17	45
	TOTAL.....	75	281
Americanos.....	TOTAL.....	0	9

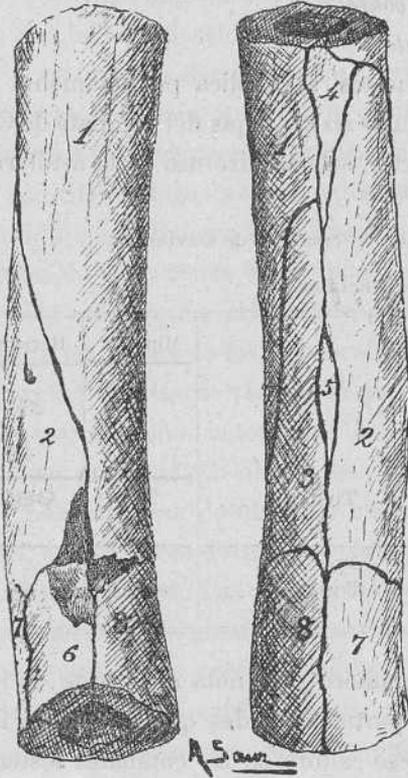
Esta desproporción en el número y la nota agravante de los explosivos, son realmente las particularidades que ofrecieron las heridas por proyectiles de grueso calibre en los combates sostenidos contra los americanos.

\*  
\* \*

Hecha abstracción de la común sintomatología que corresponde á los traumatismos de guerra, según el órgano herido y la región interesada, puesto que no es necesario ni oportuno que aquí se analicen fenómenos patológicos que han sido y serán observados constantemente, porque responden al invariable modo de ser de

un órgano ó de una función orgánica, poco es lo que queda por decir para terminar este examen traumatológico de la campaña de Filipinas.

Con haber sido en ella tan abundantes y variados los ejemplares de todos los tipos patológicos que integran la Cirujía de guerra,



Fractura por contacto, transverso-axial, del tercio medio del húmero izquierdo. (Tamaño natural.) La causó un proyectil de plomo blando de 15 gramos, que sufrió una ligera deformación de punta y otra lateral mucho más evidente. Distancia de tiro: menos de 200 metros.

confieso que no he encontrado razón, ni siquiera pretexto, para intentar uno de esos alardes nosográficos que tan fáciles suelen resultar á los que han visto en junto media docena de heridos; y si fuera á decir toda la verdad, tendría que añadir que una buena parte de lo que se ha escrito — aun por los más afamados experimentadores — sobre la especialidad de tales lesiones, carece de verdadera utilidad en la práctica, y está pidiendo, por tanto, una razonable simplificación.

De las fracturas puede decirse que ofrecieron tantas variedades como casos

hubo que tratar; y por lo que se refiere a su aspecto, á sus caracteres físicos, sólo dos hechos merecen consignarse: Primero, que predominaron por el número las fracturas completas de esquirlas libres; y segundo, que en las lesiones diafisarias se pudo comprobar repetidamente que la configuración y la estructura anatómica de la columna ósea ejercen más influencia en la determinación gené-

rica de la fractura, que la presión hidráulica desarrollada en la cavidad medular.

Como caso notable de fractura diafisaria, apropiado para el estudio del mecanismo de dichas lesiones, conservo el trozo de húmero izquierdo representado anteriormente y reconstituido después de la operación (resección y sutura), llevada á cabo en el hospital de Manila.

Se vé bien que el hueso no fué perforado; y á pesar de ello, el destrozo era tal en el foco de fractura, que pocos de los que vieron al herido en la sala de operaciones creyeron que pudiera evitarse la amputación inmediata ó la desarticulación. Dos años después del accidente y de la operación, he extraído el proyectil—que también conservo—, el cual se hallaba enquistado en la región dorsal izquierda, al nivel de la octava costilla.

Para terminar cuanto hace relación á los caracteres de las heridas, consideradas en general, réstame decir: que muchas de las de cabeza, aunque graves, curaron sin intervención operatoria, pero evolucionaron con marcada lentitud; que las penetrantes y perforantes de pecho se agravaron pocas veces en el hospital, demostrándose con ello que el mayor peligro de estas lesiones lo determina la hemorragia inmediata por herida vascular ó la hemorragia consecutiva á los movimientos sufridos en el transporte; que casi todas las heridas penetrantes del abdomen resultaron mortales á consecuencia del shok, sin que en los casos que llegaron á la Clínica pudiera esperarse nada de la laparotomía; y, por último, que en el conjunto de heridas de las extremidades, sólo se hizo notar la grande proporción de balazos escápulo-numerales y la evolución favorable de las fracturas múltiples de mano y pie.

L. AYCART.

(Continuará.)



## LA ESCARLATINA BENIGNA Y EL ECZEMA en la primera edad.

---

Parece extraña la confusión entre un proceso local y una infección general; pero lo incierto de los síntomas generales de aquella fiebre eruptiva, y la frecuencia con que se observan trastornos febriles y gastro-intestinales en algunos casos de eczema de la infancia, nos inducen á hacer hincapié en el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades, tanto más cuanto que acabamos de tratar un caso en que no nos hubiésemos atrevido á diagnosticar una ú otra dolencia: tal era la comunidad sintomática.

A él haremos referencia en primer lugar.

D. N. N., escribiente del Ministerio de la Guerra, reclama nuestra asistencia para una niña suya de pocos meses, á la que se le había presentado una mancha rojiza en la cara interna de los muslos, ocasionándole alguna fiebre, inquietud, vómitos y diarreas, con pérdida del apetito.

Personados en su domicilio, calle de D. Juan de Austria, nos hallamos en presencia de una niña muy bien constituida y nutrida, que estaba tomando el pecho de la madre con marcada placidez.

El aspecto de la lesión local era el de un eritema, que bien pudiera ser idiopático, bien la iniciación de un eczema, ó una mancha escarlatinosa en su primer período. Los síntomas subjetivos hubieran ayudado mucho en este caso; pero como la niña era de pocos meses, no podíamos asesorarnos del dolor y prurito sufridos anteriormente.

Examinada la garganta no delató deformación ni rubicundez exagerada, que preceden siempre á la aparición de la angina. El pulso no era demasiado frecuente, la temperatura normal y el vientre flácido.

Comparando el relato del padre con lo observado por nosotros, no pudimos menos de dar escasa importancia á la enfermedad, que en el transcurso de veinticuatro horas declinaba ostensiblemente.

Recomendamos á la madre practicara lociones de agua boricada

en la región afecta, estando á la mira de cualquier trastorno, y á la segunda visita que hicimos pudimos comprobar una descamación ligerísima en los bordes de la mancha, y el estado general sumamente satisfactorio, hasta el punto que le dimos el alta con la esperanza de que no volveríamos á ser llamados, como así resultó, participándonos más tarde dicho escribiente que la niña se hallaba perfectamente.

Con iguales temores nos habían avisado, días antes, para prestar asistencia á otra recién nacida, hija también de un escribiente del Ministerio, pero en este caso el diagnóstico era claro; ofrecíase en la mitad superior de ambos muslos y regiones genital, perineal y glútea, una rubicundez exagerada, en algunos puntos violácea, acusando la enfermita un estado de intranquilidad y desnutrición muy grande, acompañado de diarreas.

Pronto quedó delatada la causa; al levantar los pañales, las deposiciones inundaban toda la zona indicada, y era evidente que habían determinado el proceso que á la vez sostenían.

Mediante las loções de agua hervida, baños generales tibios, y sobre todo, la dieta hídrica, pues la enfermita no toleraba la leche, pudimos en pocos días apreciar lo favorable del cambio que esta especie de tratamiento de Kneip había impreso á aquel organismo irritable, volviendo el apetito, cediendo los trastornos intestinales, y evolucionando la lesión local hacia la normalidad, que se restableció por completo.

Haciendo caso omiso de esta segunda observación, de que hemos echado mano por la analogía, tantas veces comprobada en pediatría, entre un proceso definido y uno como el citado primeramente, de diagnóstico dudoso, recordaremos que la escarlatina benigna se despoja de los principales síntomas, costando mucho trabajo en algunas ocasiones reconstituir el proceso, que á más de inocente suele ser de una brevedad extraordinaria.

También debe tenerse presente que en los niños los eczemas son casi siempre eritematosos, con menos frecuencia vesiculosos, y rara vez impetiginosos; nos referimos á estados agudos.

Naturalmente que la ausencia de otros casos de escarlatina inclinaba nuestro ánimo á creer que se trataba de un eczema; pero salvo este dato de relativo valor, encontramos tan obscuro el problema sintomático, que merecería acudirse de lleno al patogénico para esclarecimiento del diagnóstico.

Afortunadamente se trata de procesos de poca entidad, que á

nuestro modo de ver deben tratarse con un solo criterio, el del desarrollo de los fenómenos, y aplicar esos medios sencillos y aquellas medicaciones sintomáticas que por falta de tratamiento específico constituyen nuestros verdaderos recursos.

JOSÉ POTOUS,  
Médico primero.

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**Quemaduras. Pepsina.**—Watermann refiere el caso siguiente: Un hombre padecía quemadura extensa de tercer grado en el antebrazo izquierdo. La herida se cubrió de una escara amarilla sucia, sin la menor granulación sana. Se raspó en parte la herida, pero fué imposible desprender la escara semi-líquida. Recordando que la pepsina disuelve las pseudo-membranas fibrinosas, la espolvoreó sobre la herida y cubrió ésta con lint esterilizado. Dos días después la herida estaba casi limpia, se veían en ella algunos islotes de granulaciones sanas, y en las márgenes principiaba á formarse epitelio. Limpia la herida con un líquido antiséptico, se empleó de la misma manera la pepsina. A los dos días tenía tan buen aspecto la herida, que sólo se empleó como cura el lint esterilizado. La cicatrización siguió una marcha rapidísima.

(*Therap. Monatshefte.*)

\*  
\*  
\*

**Asepsia quirúrgica. Solución alcohólica de jabón.**—La experiencia clínica, comprobada por el examen bacteriológico, ha mostrado al Dr. J. Mikulicz, profesor de clínica quirúrgica en la Facultad de Medicina de Breslau, que los lavados y cepillamientos hechos con la solución alcohólica de jabón blando de potasa, *sin empleo de agua ni durante ni después de esta operación*, constituyen un excelente medio de aseptizar el campo operatorio y las manos del cirujano.

Si los tegumentos que hay que desinfectar presentan manchas ó suciedades visibles, se empieza por frotarlos con una pequeña compresa de muselina empapada de tintura de jabón hasta que tomen un aspecto completamente limpio; luego se lavan durante cinco minutos por medio del mismo líquido, sirviéndose para ello de un cepillo esterilizado. Por lo que respecta particularmente á las manos del cirujano, deben limpiarse primeramente con gasa impregnada de solución jabonosa; luego, después de haber raspado los espacios

subungueales, se cepillan las manos durante cinco minutos en tintura de jabón.

Las manos aseptizadas en esta forma se conservan estériles aun después de las operaciones quirúrgicas de larga duración, lo cual es debido al hecho de penetrar el jabón en las profundidades de la capa epidérmica.

Este procedimiento es de una ejecución rápida y fácil, no irrita la piel, y, al revés de los métodos de desinfección que exigen el empleo del agua, permite que el enfermo no tenga que desnudarse completamente. Evítase de esta suerte una de las causas del enfriamiento, que desempeña un papel incontestable en la producción de ciertas neumonías consecutivas á la laparotomía.

El único inconveniente, por lo demás insignificante, del procedimiento, es que las manos, en razón á la impregnación de la epidermis por el jabón, se vuelven resbaladizas al ponerse en contacto con el agua y con los humores del organismo.

(Sem. Méd.)

\*  
\* \*

**Chancro blando. Vapor de agua.**—Albert y Welander habían propuesto destruir el virus del chancro por medio de una alta temperatura á beneficio de baños locales calientes, partiendo de la observación de que el bacilo del chancro parece á una temperatura de 41° C. Welander emplea para sostener una temperatura constante un aparato que llama *hidrotermostato*, en el cual el agua calentada á 50° C. circula por tubos de caoutchouc y de estaño. Mediante este aparato aplica el calor á la úlcera durante horas y días. Este método, engorroso y aplicable sólo en los hospitales, ha sido sustituido recientemente por el método de Andry, en el cual el calor se aplica á distancia mediante un termo ó galvano-cauterio.

El tratamiento ensayado por Manfanovsky consiste también en la aplicación de una alta temperatura, pero no á distancia, sino directamente sobre la úlcera y mediante el pulverizador del profesor Snegíref, que se emplea para cohibir las hemorragias parenquimatosas. En este aparato, inmediatamente á la salida, tiene la temperatura de 100° C., suficiente para matar todos los microbios. Para el chancro blando no es precisa una temperatura tan elevada, y por esto aparta el extremo á la distancia de cuatro á ocho centímetros de la úlcera, sobre la cual obra así el vapor á una temperatura de 60 ó aun 50° C. Previamente lava la úlcera con una solución boricada al 2 por 100, la seca con un poco de algodón ó gasa y, luego, dirige sobre ella el chorro de vapor del aparato referido. Para evitar la quemadura de los tejidos vecinos, basta cubrirlos con una delgada capa de gasa. Si el enfermo se queja, se aparta el extremo de la boquilla hasta que el calor resulte tolerable. La sesión dura por término medio de tres á diez minutos. Al cabo de uno ó dos de aplicación del vapor, se vé que el fondo y los bordes de la úlcera empiezan á palidecer, cubriéndose como de una película, y luego to-

man un color rosado. A las tres ó cuatro sesiones, la úlcera empieza á sangrar y toma un aspecto simple. La vaporización se aplica una vez cada día; la curación completa se consigue en 10 á 15 sesiones. Ni una sola vez, en los casos tratados, se observó propagación del proceso. Las ventajas de este método son la aplicabilidad á todas las regiones donde exista la úlcera y en la facilidad de ser empleado en el dispensario. El método ha sido empleado en el hospital provincial de Yaroslaff, siendo tratados en conjunto 89 casos, de los cuales 20 eran complicados con bubones y uno con gangrena. En dos enfermos, la úlcera estaba en el meato uretral, tres en el glande, 28 en el prepucio, 14 en el frenillo y 12 en el surco balano-prepucial.

(Rev. de Cienc. méd. de Barc.)

\*  
\* \*

**Tratamiento de la tos post-gripal.**—La tos es una de las manifestaciones más comunes y molestas de la actual pandemia de influenza, no siendo fácil calmarla pronto, aun cuando haya cesado la infección.

Sänger ha empleado el extracto seco de *hydrastis canadensis* en píldoras, prescribiendo cinco en las veinticuatro horas, y cada una de ellas con 0'01 á 0'05, ó bien, también cinco veces diarias, de 30 á 40 gotas, en agua, de esta mezcla:

Extracto flúido de *hydrastis canadensis*. . . } aa. partes iguales.  
» » de cornezuelo de centeno. . . }

Capitan, contra esta tos, de aspecto conqueluchoide, tan tenaz como desagradable, aconseja tomar tres ó cuatro veces al día, en vino blanco azucarado, de 6 á 15 gotas de esta mezcla:

Tintura de drosera.....	} aa. 2 gramos.
» de glindelia.....	
Alcoholaturo de raíces de acónito....	1 »
Bromoformo.....	40 gotas.
Glicerina pura.....	2 cm.

(Boletín de Hig. de México.)

\*  
\* \*

**Bronco-pneumonia. Eucaliptol.**—El Dr. D. José Anfruns dá cuenta en *El Criterio Católico en las Ciencias Médicas*, de varios casos por él observados:

N. P., niña de 4 años, sin antecedentes patológicos en sí, pero en su madre existe el de un proceso pulmonar crónico; fué atacada del sarampión y de una bronco-pneumonia pseudó-lobular derecha con ataque en algunos lobulillos del pulmón izquierdo; presentaronse estos síntomas al cuarto día de la enfermedad; la temperatura sostúvose luego á los 40° y la disnea puso inmediatamente el número de respiraciones á 60 y 80 por minuto. Con el Doctor Vidal Solares fué acordada la inyección de eucaliptol, acompañando algunos otros medios de la terapéutica clásica. Después de la se-

gunda inyección remitieron los síntomas generales y locales, y al tercer día se normalizó la temperatura, siguiendo el proceso pulmonar su evolución regresiva, hasta ser completo el restablecimiento á las tres semanas.

Otro enfermito, E. I., de 4 años. Llevaba ocho días de enfermedad, que se inició por un catarro de las mucosas respiratoria y digestiva. A la sazón el niño ofrecía notable demacración, 38°,7 temperatura matutina, lengua sabural en el centro y descarnada en los bordes, había vomitado dos ó tres veces en los ocho días, timpanismo con varias deposiciones diarréicas al día, pulso frecuente (130), respiración á 40, y á la percusión y auscultación fenómenos de bronco-pneumonía lobulillar generalizada. En el propio día fué aplicada la inyección de eucaliptol, que se repitió en los dos sucesivos y en el quinto, iniciándose la mejoría desde el día siguiente, y la temperatura bajó á la normal desde el tercero. Disipados los serios temores del principio, y suspendidas las inyecciones en cuanto cesaron la pirexia y la disnea, se continuó con apropiada terapéutica hasta la resolución de todos los síntomas, en lo cual cursaron veinte ó veinticinco días.

P. P., de 2 años, fué atacada, al entrar la primavera, de bronco-pneumonía. Desde primeros de Marzo padecía la coqueluche una hermana de 6 años, y el contacto entre ambas era continuo. A fines de mes empezó á toser la primera, y á los pocos días tuvo que guardar cama, presentando los fenómenos propios de una bronco-pneumonía generalizada. Acompañaban á la disnea una temperatura superior á 39°,5 durante todo el día y gran soñolencia. Fueron empleadas el primer día la revulsión y la derivación intestinal y una medicación difusa y expectorante, sin grandes efectos visibles, por lo cual, sin más dilación, se aplicó el eucaliptol en la forma dicha. A igual tiempo que en los casos anteriores remitió la temperatura, y más lentamente fué despejándose la cabeza; los síntomas pulmonares restaban sin variación. Vista por el Dr. Robert en el cuarto día, se añadió al tratamiento anterior la administración de los calomelanos á dosis refractas durante dos días, pasados los cuales quedó establecida una franca mejoría general, á pesar de los inquietantes desarreglos que en el aparato respiratorio persistían. A los cinco ó seis días de la apirexia, y cuando renacían el apetito y la afición á los juguetes, las quintas de la coqueluche aparecieron con toda su intensidad. En esta enfermita, cuyas respiraciones alcanzaron y se sostuvieron por encima del número de 80 por minuto, se ha podido observar el raro fenómeno de conservar hasta la fecha una respiración frecuente (60), sin que de ello den cuenta los síntomas físicos ni los generales, pues unos y otros han desaparecido hace tiempo del alcance de nuestro examen. Pero se puede sospechar la existencia de exudados y neoformaciones conjuntivas alrededor de las vías aéreas, sanguíneas y linfáticas, que durante largo tiempo fueron teatro del proceso flogístico. De ahí el uso de la medicación iodurada desde cinco á seis meses, y simultá-

neamente se han empleado todos los recursos higiénicos. Hoy, regularizada la frecuencia respiratoria, la niña tiene el aspecto de perfectamente sana.

Mujer, mayor de 25 años, enfermó de gripe ocho ó nueve meses atrás. Dentro de la versatilidad de fenómenos ocurridos en este caso, llegó á fijarse un conjunto de ellos en el aparato respiratorio que, haciendo temer un proceso fímico, recordaba la bronco-pneumonía. Los síntomas generales, incluso los térmicos, rebeldes á la terapéutica usual, revelaban intensa infección. En este estado, empleáronse las inyecciones de eucaliptol, y bastaron tres, aplicadas en el período de una semana, para quedar apirética la enferma, que experimentó alivio inmediato. El proceso pulmonar, del cual aún conserva vestigios, retrocedió paulatinamente, y en la actualidad existe infarto hepático y paresia en las extremidades inferiores, gráficas huellas de la tremenda batalla librada contra la multiplicidad patológica desplegada por los diseminados ataques de la infección.

Sin añadir otros casos, que carecerían de la autoridad que llevan los precedentes, por haber sido observados y dirigidos por distinguidos profesores, hace notar lo que de común han ofrecido los que ha visto tratados por las inyecciones hipodérmicas de eucaliptol. Hay el fenómeno, poco menos que inmediato, de la remisión de la hipertermia; coincide casi al propio tiempo el alivio de los síntomas que expresan trastorno trófico ó vascular en los centros nerviosos en los enfermos que los presentan, y por fin, las manifestaciones locales de la infección bronco-pneumónica quedan detenidas en su desarrollo y no se hace esperar la absorción más ó menos notable de los exudados en parte ó en totalidad; en ninguno de los casos tratados se han formado nuevos focos, y aun aquí viene la observación á confirmar el principio sentado de que las exacerbaciones piréticas indican los progresos de las lesiones, toda vez que, como hemos dicho, la apirexia queda establecida definitivamente.

(*Rev. de Med. y Cir. práct.*)

\*  
\*\*

**Heridas penetrantes de pecho. Inmovilización metódica. Intervención quirúrgica.**—En la *Academia de Medicina* de París, se han discutido hace poco las ventajas é indicaciones de los tratamientos activo y espectador en las heridas penetrantes de pecho, con motivo de una comunicación hecha por el Dr. Lucas-Championnière. La importancia del asunto y la autoridad de los cirujanos que lo han planteado y discutido últimamente, bien merecen que lo extractemos para conocimiento de los lectores de la REVISTA.

El Dr. *Lucas-Championnière* presentó á la Academia un individuo que dos meses antes había recibido en el pecho un balazo de revólver, al tratar de detener á un enajenado que bajaba por una escalera. El proyectil, de 11 milímetros, penetró en la parte superior del tórax, á la derecha del esternón y al nivel de la tercera cos-

tilla; dada la dirección del tiro, de arriba abajo, la bala debió atravesar el tórax diagonalmente, interesando gran parte del pulmón derecho; al ingresar en el Hotel-Dieu el herido, ya presentaba respiración anhelosa, tos con expectoración sanguinolenta, pulso frecuente é irregular, y una ansiedad extraordinaria, como si fuera á sucumbir por hemorragia.

Se le quitaron las ropas con gran cuidado, se lavó la herida con agua fenicada al 5 por 100, y sin hacer exploración alguna se procuró la más perfecta oclusión, aplicando un apósito de gasa iodo-fórmica. La auscultación, hecha con las debidas precauciones, permitió apreciar algunos estertores finos en el lado afecto.

Al día siguiente se notó matidez muy alta hacia atrás con una zona de sonoridad por cima de ella, demostrándose con ésto que, al mismo tiempo que un derrame sanguíneo considerable, existía cierto grado de pneumotórax.

El estado general, muy malo desde un principio, vino á empeorarse aún por el aumento de la agitación y la aparición del subdelirio. Sin embargo, el pronóstico no se hizo fatal, contando con poder someter al herido á un reposo absoluto.

Se le inmovilizó completamente entre almohadas que no se levantaban para nada, ni siquiera para efectuar la auscultación.

Se le prescribieron bebidas frías hasta que cesasen los esputos de sangre; un poco de champagne si se presentaban vómitos; inyecciones de un cuarto de centígramo de cloruro mórfico para calmar el dolor y la ansiedad, y una inyección de 500 gramos de suero artificial si la debilidad fuera en aumento. Se prohibió desde luego toda conversación, aconsejando al herido que se abstuviera de hacer esfuerzos para toser y escupir.

Al tercer día por la mañana, el malestar era mayor; la temperatura subió á 38 grados y algunas décimas, y se consideró preciso administrar un purgante.

Desde el día siguiente la mejoría se fué acentuando por momentos; la alimentación se mantuvo reducida al empleo de substancias líquidas, que no se dieron sino de tarde en tarde, y sin hacer otra cosa se ha obtenido una perfecta curación, habiendo desaparecido el derrame pleurítico.

Hoy, al cabo de dos meses, puede el herido considerarse curado, porque aunque algo débil todavía, el estado general es excelente y la respiración se efectúa con regularidad.

Partiendo de este hecho y de otros casos análogos, citados en la Memoria publicada por Huguet y Peraire de 1895, se declara el Dr. Lucas-Championnière ardiente partidario de abstención operatoria en las heridas penetrantes del pecho, sobre cuyo pronóstico y tratamiento sienta las siguientes conclusiones:

Las heridas pleuro-pulmonares ponen la vida en peligro por la hemorragia inmediata y por un trastorno especial del sistema nervioso.

La muerte rápida, casi repentina, puede sobrevenir si el menor

movimiento exagera ó empeora alguno de dichos accidentes; por el contrario, se aplacan éstos con relativa rapidez si se mantiene la inmovilidad del cuerpo y el mayor reposo posible del aparato respiratorio.

Los accidentes secundarios é infectivos de las heridas de pecho, son muy raros cuando no se han provocado por maniobras intempestivas ó curaciones descuidadas.

La abstención sistemática y sin transacción, es, pues, el verdadero tratamiento de las heridas de pecho.

Las inyecciones de suero pueden constituir un poderoso auxiliar; las de morfina desempeñan también un papel muy importante.

El *Dr. Delorme*: El caso referido por el *Dr. Lucas-Championnière* prueba una vez más que la práctica de las exploraciones es un simulacro lamentable y vano de intervención quirúrgica. Esta reprobación es antigua.

Para explicar la tolerancia de estos proyectiles se invocaba hasta hace poco tiempo su pequeño volumen, su forma y la rareza de sus deformaciones. Hoy la atribuyen algunos exclusivamente á la asepsia del proyectil, de la piel, y de los vestidos que atraviesa y arrastra.

Según las observaciones que he hecho en colaboración con mi colega el *Dr. Laveran*, balas de revólver envueltas en paquetes de algodón desinfectados en la estufa, y manejadas con todas las precauciones necesarias, pueden infectar los caldos de cultivo. Los vestidos jamás están asépticos. A pesar de tales inconvenientes, estos heridos curan, porque la reacción de defensa del organismo anula la infección del agente patológico. La infección es, en resumen, rara, el pronóstico benigno, la tolerancia habitual. No es lógico, por lo tanto, intervenir para evitar esta infección.

Otras dos complicaciones, inmediatas también de las heridas penetrantes de pecho, la hemorragia y el pneumotórax, en particular la primera, son las que se imponen á la atención del cirujano. El *Dr. Lucas-Championnière* aconseja la abstención operatoria, con cuya opinión no estoy conforme. Es verdad que la mayor parte de las heridas de pecho van acompañadas de hemorragia tan poco importante, que no puede considerarse como una complicación; que en otros la hemorragia más abundante se contiene adoptando ciertas precauciones. Pero otras veces la hemorragia es grave, gravísima, y pone en peligro la vida del enfermo. Son lesionados vasos de primero ó segundo orden, y creo que en tales casos no debe confiarse en la inmovilización del tórax, en su oclusión y en otros medios accesorios, sino recurrir á la ligadura, á la sutura, á la compresión, al taponamiento, es decir, á los procedimientos que se emplean de ordinario para contener las hemorragias de los miembros. La tentativa es sin duda de las más audaces y molestas; pero los peligros que corre el enfermo son terribles y justifican la intervención.

Esta práctica de la hemostasia por la ligadura ó la forcipresión, aplicada á las heridas pulmonares, sólo se ha seguido, que yo sepa,

dos veces: en un caso por Omboni, de Cremona, y en otro por mí.

En el caso de Omboni, el herido, que era un joven, recibió un tiro en el tercer espacio intercostal izquierdo; la hemorragia fué abundante y amenazó matar al herido. Una incisión de 13 centímetros, practicada en la mitad de este espacio, abrió la cavidad de la pleura. Se veía salir á borbotones la sangre en el pecho. Omboni introdujo en él su mano, cogió la extremidad antero-superior del lóbulo pulmonar perforado por la bala y pasó profundamente, á cierta distancia de la herida, una aguja provista de una hebra doble de catgut, con la que rodeó un muñón del parénquima bastante voluminoso que excindió. Repitió la misma maniobra en la extremidad antero-externa del lóbulo inferior cruento, contiguo al pericardio y al diafragma. La hemostasia se aseguró por esta ligadura indirecta, que representa una compresión mediata. El herido murió de piemia á los siete días.

En el caso que he observado, el herido recibió cuatro puñaladas penetrantes en la región del corazón. Oclusión del pecho practicada por el Dr. Robert. Al día siguiente y al tercero se repitió la hemorragia. Llamado en consulta, aconsejé abrir al punto una ventana torácica para descubrir los vasos lesionados y asegurar la hemostasia directa. El Dr. Robert desechó este medio y siguió empleando la oclusión; pero se repitió la hemorragia con tal abundancia, que dejó al herido exangüe. El Dr. Robert abrió el espacio intercostal y descubrió, sin poderla coger y obliterar, una herida por la que se escapaba con ruido una columna de aire y de sangre; estaba herido un bronquio y sus vasos satélites. Llamado con urgencia, abrí una gran ventana torácica. Cogí con pinzas y ligué con seda tres heridas pulmonares que daban sangre y además sujeté con pinzas dos heridas del pericardio, conteniendo así la hemorragia. Por desgracia, la anemia era tan grande que el herido sucumbió una hora después de la operación. Creo que si hubiéramos intervenido antes se hubiera salvado este hombre, porque se habría contenido la hemorragia, causa de la muerte.

En resumen: la mayor parte de las heridas pulmonares por balas, en particular por las balas de revólver del comercio, las armas blancas ó los instrumentos punzantes ó cortantes, curan sencillamente.

Su terapéutica comprende en primera línea la inmovilización general y torácica, y la cura antiséptica oclusiva de la herida; en segundo lugar—y según la naturaleza de los accidentes observados— el empleo de la morfina, del éter, de la cafeína, etc.

La morfina está indicada de un modo particular en forma de inyecciones hipodérmicas en las personas heridas en duelo. En éstas, las luchas íntimas de la pasión, del amor propio herido, originan, con el dolor que provoca la herida, una pérdida de influjo nervioso que predispone al síncope.

Estoy conforme con el Dr. Championnière en no mover á estos enfermos, al menos durante los primeros días. Las sacudidas y los

esfuerzos necesarios para un transporte á distancia les exponen á dolores agudos y á hemorragias.

Las inyecciones de suero son un medio eficaz de combatir la anemia traumática, siempre que no se hagan ni muy abundantes ni con mucha rapidez, porque así tienen el inconveniente de congestionar el pulmón, de aumentar la dificultad respiratoria, quizá de prolongar la hemorragia.

En las hemorragias pulmonares de importancia, en los hemotórax graves que amenazan la vida, los medios empleados de ordinario para contener las hemorragias ligeras ó medianas suelen ser ineficaces, y conviene recurrir á la intervención directa (ligadura, sutura, taponamiento, compresión.)

Una brecha torácica de extensión suficiente, permite dejar al descubierto la región herida. Es preciso, ante todo, ver claro, ir pronto y derecho al objeto que se propone.

El temor del pneumotórax total no debe paralizar la acción del cirujano, porque, según que el pulmón esté ó no unido á la pared por adherencias, este pneumotórax se habrá producido ya ó no se producirá. Pero aunque no haya adherencias no es fatal, según demuestran las observaciones de Panas.

El descubrimiento del pulmón permite asegurar simultáneamente, por la sutura ó el taponamiento antisépticos, el tratamiento del pneumotórax traumático concomitante de la hemorragia y del hemotórax.

El pneumotórax extenso, persistente, el pneumotórax en válvula sin hemotórax considerable, distiende en exceso la cavidad de la pleura y rechaza el pulmón y el corazón. Su absorción es lenta, su reproducción continua. La abertura de los bronquios gruesos que se produce, expone á la infección de la cavidad de la pleura. A causa de estos peligros exige, para mí, los mismos procedimientos de intervención directos que los pneumotórax que complican los hemotórax, es decir, la oclusión directa.

El *Dr. Lucas-Championnière*: No afirmo que en las hemorragias de evolución rápida, amenazadora, cuando el herido parece que debe morir en poco tiempo, se detenga espontáneamente la pérdida de sangre; pero sí que hay muchas más probabilidades de salvación si se deja al herido en reposo absoluto que si se interviene por una operación. Los dos heridos que cita el *Dr. Delorme*, murieron. No critico la tentativa, pero creo que no aporta hecho alguno en su apoyo. En cambio, yo cuento con ejemplos favorables.

En los casos graves, cuando la hemorragia procede de los vasos gruesos de la base, es muy difícil llegar á ellos para ligarlos ó sujetarlos con pinzas, y esto no puede hacerse sino á costa de un traumatismo enorme, que no está en disposición de soportar el herido. No quiero decir que en casos excepcionales, el cirujano, favorecido por la naturaleza de la herida y por la forma del traumatismo, no pueda intervenir en condiciones favorables.

Creo, con el *Dr. Delorme*, que hay casos en los que la hemorra-

gia pulmonar y pleurítica está fuera de los recursos de la inmovilización y de la terapéutica no operatoria; pero son casos raros, y éstos no deben inducirnos á intervenir con pretexto de que en las hemorragias el objetivo primero del cirujano han de ser todas las intervenciones para cerrar los vasos. Puede hacerse esto en otras regiones, porque la intervención es menos grave que la herida que origina la muerte, si no se contiene la pérdida de sangre.

En el pulmón puede contenerse espontáneamente la hemorragia, aunque proceda de vasos voluminosos. Las procedentes de vasos pequeños, pueden hacerse fulminantes en poco tiempo, bajo la influencia de los movimientos. Además, el herido se halla en un estado de inestabilidad vital tan grande, que el menor traumatismo basta para acelerar su muerte.

Resulta de esto que la intervención armada tiene muchas más probabilidades de ocasionar la muerte que la expectación prudente. Por esta razón, aunque soy intervencionista en muchos casos, no acepto la proposición fundada en ideas teóricas que defiende el Dr. Delorme, hasta que no se citen en su apoyo hechos fehacientes.

El Dr. Delorme: Dice el Dr. Lucas-Championnière que la observación del Dr. Omboni y la mía no demuestran las ventajas del tratamiento directo de las hemorragias intra-torácicas gravísimas, porque los heridos tardaron poco en morir. El del Dr. Omboni murió de una complicación intercurrente ocho días después de contenerse la hemorragia, y el mío, si se hubiera operado antes, es muy probable que no hubiese muerto. Su observación demuestra que es posible obliterar los vasos torácicos y contener la hemorragia por medios directos, y que los que se emplean en estos casos tan graves, inmovilidad, oclusión de la herida, no son siempre eficaces.

No creo que una incisión intercostal algo extensa, que la resección de una ó más costillas, hechas con rapidez, agraven gran cosa el estado del herido. Se practican en enfermos en mal estado, y no producen un colapso temible.

No niego que la cuestión que he planteado queda aún indecisa. Comprendo que dos observaciones son insuficientes para imponerla sin objeción; pero creo que la práctica seguida por Omboni y por mí es preferible á la inmovilidad y á la oclusión en los casos graves que he indicado: cuando la sangre *sale en chorro grueso* y cuando los bronquios *soflan con fuerza*.

(*Journ. de Med. et Chir prat. y Rev. de Med. y Cir. práct.*)

**Análisis del pus blenorragico.**—El análisis del pus que se dice blenorragico, tiene grandísima importancia por su triple aspecto clínico-social y médico-legal, y porque el único medio de afirmar la naturaleza blenorragica de una afección, es demostrando la presencia del *gonococo* de Neisser. Para esto, si se trata de un flujo uretral, se desprecian las dos primeras gotas, y una vez lavado el meato con una solución sublimada al  $\frac{1}{2}$  por 1.000, se recoge en el

extremo de un hilo de platino una pequeña gota, la cual se extiende en el cubre objetos, desecándose á un calor suave.

Como el gonococo vá generalmente acompañado de otros micrococos, muy parecidos algunos, es necesario tener en cuenta que el gonococo de forma elíptica algo irregular, parecido á un riñón, tiene seis á ocho milésimas de un milímetro de diámetro, está siempre aposado, coloreándose bien con todos los colores básicos de anilina (azul de metilo, violeta de genciana, etc., etc.) Rara vez se encuentra fuera de los elementos anatómicos que en el pus existen; casi siempre suele encontrarse dentro de los glóbulos de pus y de las células epiteliales; pero tanto en uno como en otro, por fuera de su núcleo.

Para su examen, el cubre-objetos ya desecado se colora durante dos minutos con unas gotas de azul de metilo al 1 por 100 en disolución acuosa; lávese con agua, y una vez seco á la lámpara, se monta con bálsamo y se procede á la observación, pudiéndose apreciar en ésta, no sólo la naturaleza blenorragica de la afección, sino también la base ó período en que se encuentra.

Tanto el gonococo como las células epiteliales y pus, están coloreados en azul; los gonococos, siempre en número par, y situados generalmente dentro de leucocitos y células, están algo más teñidos, distinguiéndose fácilmente de los muchos micrococos que pueden acompañarles, y en caso de duda puede asegurarse su presencia empleando el método de Gram, aplicado por Roux, fundado en que todos los microbios de la uretra persisten coloreados, no obstante el empleo de la solución decolorante, en tanto que el gonococo se descolora rápida y completamente por este procedimiento, que si bien es cierto no reúne la sencillez del anterior, es tan concluyente y demostrativo su empleo, que no dudamos en recomendar lo practiquen siempre que de productos blenorragicos se trate.

Método de Gram:

1.º El pus recogido como antes decimos y fijado al calor, se colorea durante un minuto con

Iodo.....	2 gramos.
Agua fenicada al 1 por 100. ....	100 c. c.

2.º Pasar la preparación durante seis segundos por la siguiente disolución iodo-iodurada:

Iodo.....	1 gramo.
Ioduro potásico.....	2 —
Agua.....	200 —

3.º Lavar con alcohol absoluto y montar en bálsamo.

Por este medio, los leucocitos, células epiteliales y microbios varios (subflavus, comensalis; etc., etc.), persisten coloreados con la violeta, pero los gonococos estarán decolorados; y tan característico es ésto, que puede afirmarse no es el gonococo todo micrococo que siga coloreado después del empleo de la solución Gram.

(Anal. méd. gaditanos.)

**Prurito. Salicilato de metilo.**—Leredde ha comunicado á la Sociedad de Dermatología de París los resultados favorables de un nuevo tratamiento del prurito.

El salicilato de metilo, cuyas propiedades analgésicas son universalmente reconocidas, cree el autor que debe emplearse en el tratamiento del prurito generalizado ó localizado. A pesar de los inconvenientes de su olor, juzga que puede usarse con ventaja en gran número de casos, y que su acción antipruriginosa es á menudo más marcada que la de los antipruriginosos ordinarios. En algunos enfermos la acción ha sido inmediata y muy notable.

Leredde no ha empleado hasta ahora el salicilato de metilo sino en forma de pomada; se puede incorporar fácilmente á la dosis de 1 por 20 á la vaselina, cargada de óxido de zinc. Importa que la pomada sea espesa, porque así se adhiere más exactamente á la piel. El autor propone la siguiente fórmula:

Salicilato de metilo.....	2 gramos.
Oxido de zinc.....	{ aa. 20 —
Vaselina.....	

Leredde no ha observado irritaciones cutáneas producidas por el salicilato de metilo, que ha utilizado especialmente en los casos de prurito localizado, de prúrigo, de *lichen simplex*, sin ningún inconveniente.

(*El Siglo Médico.*)

\* \* \*

**Bocio exoftálmico. Eter iodofórmico.**—Los recursos médicos, así como las intervenciones quirúrgicas de los cuales se echa mano en los casos de bocio exoftálmico, no han dado hasta ahora resultados completamente satisfactorios. En otro tiempo se había pensado en combatir esa afección por medio de inyecciones parenquimatosas de tintura de iodo, las cuales producen muy buenos efectos en el bocio simple. Los que tal medio preconizaban proponíanse modificar de este modo la glándula tiroides por un proceso esclerógeno. Estos ensayos tuvieron que ser abandonados á causa de los abscesos y de los flemones tiroideos que habían sucedido á esas inyecciones, practicadas probablemente en malas condiciones de asepsia. Pero no por ésto queda menos demostrado que la mayor parte de los accidentes que dimanan del bocio exoftálmico son imputables á trastornos de la secreción del cuerpo tiroides. Con el fin de modificar esta secreción, el Dr. Pitres, profesor de clínica médica en la Facultad de medicina de Burdeos, ha tenido la idea de recurrir á inyecciones de 1 c.c. de éter iodofórmico practicadas en pleno bocio. Estas inyecciones han sido repetidas cada ocho días próximamente, intervalo exigido por el estado de turgencia de la glándula, que persiste durante algunos días. La inyección vá seguida generalmente de un dolor bastante vivo, cuya intensidad, por lo demás, varía según la sensibilidad del sujeto.

Los resultados que nuestro colega ha obtenido son muy satis-

factorios, aun en los casos en que la enfermedad estaba avanzada y en que había sobrevenido una verdadera caquexia tiroidea. Muy poco tiempo después de las primeras inyecciones, la enervación cesa, el sueño reaparece, luego la glándula vá endureciéndose poco á poco, disminuye de volumen y, por último, la exoftalmia desaparece. Los enfermos pueden volver entonces á sus habituales ocupaciones. Durante mucho tiempo, sin embargo, conservan una cierta hiperexcitabilidad del corazón, el cual sigue presentando un ritmo precipitado, aun cuando la pulsación carotidiana haya disminuído y los pacientes no experimenten ya más la sensación de palpitaciones.

La mejoría es muy sensible después de la tercera ó de la cuarta inyección; con todo, no hay que cesar el tratamiento ó, si no, los síntomas reaparecen; para que los trastornos se disipen definitivamente, las inyecciones deben de continuarse durante algunos meses.

El Dr. Pitres ha tratado de esta manera á una docena de enfermos; pero algunos de ellos, con la versatilidad propia de los individuos atacados de la referida afección, no han vuelto á presentarse tan luego como se ha manifestado la mejoría del comienzo. De todos modos, ha podido registrar unas seis curaciones poco menos que completas, cuya fecha se remonta ya á dos años.

Nuestro colega ha practicado, en todo, más de 120 inyecciones de éter iodofórmico en la glándula tiroides, sin que jamás haya observado el menor accidente. Cabe señalar, sin embargo, un fenómeno que se produce á veces en el curso de esas inyecciones y que, á primera vista, podría ocasionar alguna alarma: es una especie de hervor parecido al que se nota en caso de introducción de aire en las venas.

(*La Sém. Méd.*)

---

## NECROLOGÍA

---

Nuestro querido amigo y excelente compañero Lucía y Fernández, falleció en esta Corte el 9 del actual, víctima de una afección cardíaca, contraída durante su accidental permanencia en la Isla de Cuba.

Joven aún, inteligente y laborioso, amante entusiasta del Cuerpo en que servía, era Lucía una verdadera esperanza para todos sus compañeros; su cariño y su honradez eran firme sosten de

una madre anciana y un hijo de corta edad, que hoy lloran sin consuelo, anonadados por golpe tan terrible.

¡Dios haya acogido en su seno el alma de nuestro malogrado amigo, y conceda á esos desgraciados seres la resignación que necesitan para sobrellevar el peso de su infortunio!

D. Alvaro Lucía y Fernández nació en 19 de Febrero de 1858, se licenció en la Facultad de Medicina de Madrid en Junio de 1878, é ingresó en la Academia del Cuerpo en 26 de Septiembre del mismo año, ascendiendo á Médico segundo, una vez terminados sus estudios, en Julio del año siguiente. Con la antigüedad de 1.º de Julio de 1892 obtuvo el empleo de Médico primero, y en 16 de Marzo de 1898 el de mayor.

Prestó sus servicios en el regimiento Infantería de León, Cazadores de Manila, segundo Depósito de sementales, Comisión liquidadora y otros. En la Habana perteneció al batallón de Orden Público y á los hospitales de Alfonso XIII y de Regla, quedando á su regreso por enfermo de la gran Antilla, después de terminar la correspondiente licencia, en situación de excedente. Estuvo encargado de la Dirección del Hospital de repatriados, de Lugo.

Tomó parte en varias comisiones y desempeñó la Cátedra de Obstetricia en la Facultad de Medicina de la Habana durante el curso de 1896 á 97, cargo que mereció aplauso de todos, y principalmente de sus alumnos. Estaba en posesión de dos cruces rojas de primera clase del Mérito Militar, una pensionada y otra sin pensión.

---

## V A R I E D A D E S

Dice *La Reforma Medica* que el Dr. Kovéos ha dado cuenta recientemente del caso de un viejo de 90 años, cuyos cabellos y barba completamente blancos adquirieron de nuevo el color negro seis meses antes de su muerte. El Dr. Manolakis había referido ya otro caso semejante. Este fenómeno, según los Sres. Landosis y Wilson, es debido á una es-

pecie de regeneración, análoga á la tercera y hasta cuarta dentición en los viejos, de que se registran numerosos ejemplares.

\*  
\*  
\*

El protocolo final de la Conferencia de la paz, firmado últimamente por los plenipotenciarios y sometido á la sanción de los respectivos Gobiernos, comprende, entre otros instrumentos diplomáticos, un Convenio relativo á la aplicación de los principios del Convenio de Ginebra de 1864 á la guerra marítima, y tres declaraciones prohibiendo: Primero, arrojar materias explosivas de lo alto de los globos. Segundo, emplear proyectiles con el solo objeto de esparcir gases asfixiantes ó tóxicos. Tercero, hacer uso de balas que se extienden por el cuerpo humano (*Dum-Dum*, etcétera.)

El Convenio para la adaptación á la guerra marítima de los principios del Convenio de Ginebra, ha sido firmado por 15 de las 26 potencias representadas en la Conferencia.

Han firmado: Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Méjico, Montenegro, Países Bajos, Persia, Portugal, Rumania, Rusia, Siam, Suecia y Noruega, Bulgaria.

No han firmado: Alemania, Austria-Hungría, China, Estados Unidos de América, Gran Bretaña, Italia, Japón, Luxemburgo, Serbia, Suiza, Turquía.

La declaración relativa á la prohibición de arrojar proyectiles de lo alto de los globos, ha sido firmada por 17 potencias, á saber: Bélgica, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Francia, Grecia, Méjico, Montenegro, Países Bajos, Persia, Portugal, Rumania, Rusia, Siam, Suecia y Noruega, Turquía, Bulgaria.

No han firmado: Alemania, Austria-Hungría, China, Gran Bretaña, Italia, Japón, Luxemburgo, Serbia, Suiza.

La declaración que concierne á la prohibición de emplear proyectiles de gas asfixiante ha sido suscripta por las 16 potencias siguientes: Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Méjico, Montenegro, Países Bajos, Persia, Portugal, Rumania, Rusia, Siam, Suecia y Noruega, Turquía, Bulgaria.

No han firmado: Alemania, Austria-Hungría, China, Estados Unidos de América, Gran Bretaña, Italia, Japón, Luxemburgo, Serbia, Suiza.

Finalmente, la declaración á virtud de la cual queda prohibido emplear balas que se dividen al penetrar en el cuerpo humano, ha sido firmada por 15 de las 26 potencias representadas en la Conferencia.

Han firmado: Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Méjico, Montenegro, Países Bajos, Persia, Rumania, Rusia, Siam, Suecia y Noruega, Turquía, Bulgaria.

No han firmado: Alemania, Austria-Hungría, China, Estados Unidos de América, Gran Bretaña, Italia, Japón, Luxemburgo, Portugal, Serbia, Suiza.

Además, la Conferencia ha emitido cinco votos, uno de los cuales con-signa «que se proceda dentro de poco á convocar una Conferencia especial que tenga por objeto la revisión del Convenio de Ginebra.»