

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIX Madrid 15 de Septiembre de 1905 Número 438

## NUEVO REGLAMENTO

PARA EL

SERVICIO DE SANIDAD EN CAMPAÑA DEL EJÉRCITO AUSTRIACO.

Como la introducción de las modernas armas de fuego y las consiguientes modificaciones de la táctica modifican muchas cuestiones relativas á los servicios sanitarios de la primera línea, conviene que demos á conocer las disposiciones establecidas en este sentido por el nuevo Reglamento de campaña para el servicio sanitario en el ejército austriaco.

La organización del servicio *en la línea de combate* se basa sobre principios muy diferentes de los que se admitían hasta hace algunos años. Se ha desechado que la mitad de los Médicos permanezcan en la línea de fuego; en el momento del encuentro con el enemigo, el personal sanitario se separa de las filas; en caso de ofensiva, sigue detrás de la tropa todo el tiempo que sea posible, y socorre los heridos que caen durante la marcha hacia adelante y durante el estado inicial del combate; en caso de defensiva, permanece detrás y cerca de las tropas en parte, y otra, en los *puestos de socorro*. Después del combate, se deja siempre que las tropas sanitarias adelanten una parte de su personal, aun cuando los puestos de socorro no hayan terminado su función. En la Caballería, los Médicos y practicantes dejan las filas desde el momento en que el encuentro con el enemigo es inminente; los camilleros toman parte en el ataque y no desempeñan su servicio especial hasta después del choque.

Los *puestos de socorro* se establecen por el personal sanitario de los grupos de combate; en principio, se establece *un solo* puesto por grupo de combate, ó varios si el frente es demasiado extenso; no deben instalarse con demasiada precipitación, y, á ser posible, deberá esperarse á que el combate adquiera un aspecto favorable; en los casos de combate defensivo, los puestos de socorro pueden establecerse generalmente de antemano en los puntos más convenientes. La Caballería establece sus puestos de socorro después del ataque tan cerca como sea posible de las tropas, pero protegidos cuanto se pueda del fuego enemigo (no se fija la distancia aproximada). Todo el personal sanitario de los Cuerpos de tropa ó de las partes de tropa que forman el grupo de combate, se reúne en el punto designado desde el momento en que se dé la orden de instalación por el Jefe del grupo (á falta de orden, el Médico más caracterizado toma la iniciativa). Las tropas no tienen carruajes sanitarios; pero la columna de ambulancia comprende un primer escalón, llamado carruajes del puesto de socorro, que el General divisionario asigna á las columnas, tropas en marcha, grupo de combate, etc.

El Médico más caracterizado entre los del grupo de combate es el Jefe del puesto de socorro; su misión exige, dice el Reglamento, no sólo relevantes cualidades médicas, sino también conocimiento de las situaciones militares, gran decisión y energía.

A este Jefe médico incumben las medidas para *recoger los heridos*; envía á vanguardia los camilleros, por patrullas, bajo la dirección de Médicos ó practicantes, aprovechándose de todos los accidentes del terreno y de las suspensiones ó pausas del combate. El momento de hacer avanzar los camilleros y el número de patrullas depende de la intensidad del fuego y de la naturaleza del terreno; en los casos en que el espacio comprendido entre las tropas y el puesto de socorro esté muy expuesto al fuego enemigo, los camilleros no llegarán á la línea de combate; con frecuencia no podrán avanzar hasta que sus propias tropas se dirijan de nuevo hacia adelante y el enemigo se retire ó cese el fuego.

También incumbe al Jefe médico la organización del *servicio médico del puesto de socorro*. Este servicio tiene por principal objeto la aplicación de los vendajes, que serán definitivos, en cuanto sea posible, desde el puesto de socorro; se divide en tres grupos: recepción, heridos ligeros y heridos graves. El grupo de los heridos ligeros se ocupa del tratamiento médico de los soldados aspeados y estenuados, que se van reuniendo hasta el momento de su partida para la estación de los heridos leves de la división.

Los puestos de socorro que avanzan en caso de victoria se instalan de preferencia en el centro del campo donde las pérdidas son mayores; los puestos de socorro que retroceden deben esforzarse en retirarse del campo de batalla antes de que las tropas rechazadas alcancen su emplazamiento.

Hemos visto que el primer escalón de la columna de ambulancia está constituido por los carruajes del puesto de socorro. Otros 5 escalones completan esta formación, que lleva el nombre de *establecimiento sanitario divisionario*: la estación de los heridos leves, el puesto de curación, la ambulancia, el escalón de los carruajes de ambulancia y la reserva del material sanitario. Además, á cada establecimiento divisionario se agrega una columna sanitaria de campaña perteneciente á la asistencia privada, de suerte que el ejército austriaco prevé la participación *regular* de la asistencia privada en los servicios de primera línea.

El fraccionamiento del establecimiento divisionario no es una innovación. La novedad consiste en la *estación de los heridos leves*, destinada á recogerlos de los puestos de socorro y evitar el hacinamiento del puesto de curación por este elemento de desorden. La estación se establece en el local apropiado más próximo, y el orden se mantiene allí severamente con la ayuda de los Oficiales y de los Suboficiales ligeramente heridos; está prohibido á estos heridos abandonar dicho local. La instalación es la de un puesto de socorro, y se hace con material conducido en carruajes especiales.

El puesto de curación, centro de la actividad médica de la división, es una sala de operaciones y de curaciones improvisada; se

establece en un punto que no esté muy cerca del depósito de los heridos leves. La ambulancia se instala á su lado y sirve de abrigo temporal á los heridos graves, donde son encamados y asistidos; se ocupa de las evacuaciones hacia los establecimientos de retaguardia.

El escalón de los carruajes de ambulancia se dirige hacia adelante, desde que el fuego enemigo lo permite, para recoger los heridos graves de los puestos de socorro. La reserva del material sanitario, último escalón, sirve para reemplazar el material empleado por las tropas y por el mismo establecimiento; cuando sus provisiones se agotan las repone con la reserva de material del hospital de campaña más próximo ó del depósito sanitario de campaña.

El Jefe del establecimiento sanitario ejerce durante el combate el mando especial del puesto de curación.

El establecimiento divisionario se instala, según disponga el General Jefe, en el momento en que el combate adquiera cierta estabilidad; con frecuencia, cuando el transporte de los heridos graves desde los puestos de socorro no sea posible á causa del fuego enemigo, se podrá suspender la instalación del puesto de curación, instalando sólo el de los heridos leves. Cuando, por excepción, se retrase la instalación de los puestos hasta después del combate, deberán establecerse de preferencia en medio del campo donde las pérdidas sean mayores. En general, la distancia á los puestos de socorro no puede reglamentarse, pero en terreno llano y sin abrigos una distancia de 3 á 5 millas será la más conveniente.

Los otros elementos del servicio de campaña austriaco se componen de las unidades siguientes:

1.º Para cada división de Infantería: un hospital de campaña de 600 camas, bajo una dirección, pero pudiendo dividirse en tres secciones; una columna de transporte de heridos de la asistencia privada (hay también hospitales de campaña de la Cruz Roja).

2.º Por cada Cuerpo de ejército, en la región de etapas: 2 hospitales móviles de reserva para los heridos graves (de 600 lechos)

y hospitales de heridos de la asistencia privada; depósitos para heridos leves y extenuados; 2 grandes estaciones móviles para enfermos, asegurando en los puntos de embarque la alimentación y el albergue de noche.

3.º Resta citar: los trenes sanitarios, los trenes de enfermos, los buques-ambulancias, las reservas del personal sanitario y los depósitos de material sanitario de campaña.

Indicaremos, finalmente, la regla de conducta que figura á la cabeza del Reglamento, y que insiste en el hecho de que una instrucción sobre el servicio sanitario de campaña no puede prever todas las situaciones posibles en la guerra; cuando haya dudas debe ser la guía el bien del soldado, en cuanto se concilie con las exigencias militares. Los escrúpulos de orden económico y el temor á la responsabilidad deben quedar en último término.

C. I. DE ALARCÓN.

---

## Prensa y Sociedades médicas.

---

**Extracción de los cuerpos extraños de los bronquios por la broncoscopia.**—El Dr. *Sebileau* leyó un informe sobre dos observaciones de este género dirigidas á la Sociedad por los Dres. Moure (de Burdeos) y Lombard (de París).

La primera se refiere á un hombre de sesenta y tres años, el cual, durante una comida, fué acometido repentinamente de un violento acceso de tos, que persistió durante varios días. Sospechando la presencia de un cuerpo extraño en las vías respiratorias, el Dr. Moure practicó la radiografía, que dió resultado negativo. Se decidió, sin embargo, á intervenir por haberse presentado fenómenos de infección pulmonar. Como era imposible por los medios estetoscópicos y la punción localizar el foco pulmonar, y, por decirlo así, conocer la situación del cuerpo extraño, que era la causa probable, el Dr. Moure resolvió recurrir desde luego á la broncoscopia inferior, es decir, después de la traqueotomía previa; habían transcurrido quince días desde el accidente. El instrumento de Killian permitió descubrir, en la segunda ramificación bronquial completa, dos pequeños cuerpos extraños del volumen de una habichuela ó mayores, que se extraje-

ron sucesivamente por medio de la pinza de Killian, y que resultaron ser fragmentos de hueso cubiertos de una capa espesa de mucosidades. No se hizo sutura de la tráquea á causa de la infección pulmonar. Después de la operación sobrevino una neumonía doble grave, de la que curó el enfermo.

En la segunda observación se trataba de una costurera que había aspirado un alfiler de cabeza negra de 5 centímetros de longitud. La radiografía, practicada varios días después del accidente, permitió localizar el cuerpo extraño frente á la segunda ramificación bronquial derecha. Lo mismo que en el caso anterior, se recurrió á la broncoscopia inferior para extraer el cuerpo extraño, que fué cogido sin dificultad por la pinza de Killian y extraído á la vez que el broncoscopio. En este caso sobrevino también una neumonía grave del lado opuesto, curando al fin la enferma.

Estas dos observaciones prueban los beneficios que pueden obtenerse del método broncoscópico, aunque no es aún perfecto; la iluminación es difícil; quizá convendría, según cree el Dr. Sebilleau, emplear un mecanismo análogo al que ha adoptado Luys á su citoscopio; los instrumentos de extracción necesitan también ser modificados para hacer la prehensión más fácil y segura.

Para terminar, estudió el Dr. Sebilleau las indicaciones respectivas de la broncoscopia superior (por las vías naturales) y la inferior (después de la traqueotomía previa). La primera es indudablemente la operación ideal; pero como exige cierto aprendizaje por parte del enfermo, á veces bastante largo, de la maniobra de los tubos, se comprende que no se pueda emplear este procedimiento en los casos urgentes, y que la mayor parte del tiempo haya que recurrir al procedimiento más rápido, es decir, á la broncoscopia practicada á través de una incisión traqueal, á la broncoscopia inferior.

(*Soc. de Cir. de Paris*).

\* \* \*

**Restauración rápida de las funciones á consecuencia de las suturas neurosas secundarias.**—El Dr. *Chaput* refirió tres casos de suturas secundarias tardías de los nervios, que tienden á demostrar que, al contrario de la opinión generalmente admitida, la restauración funcional de los nervios puede, en estas condiciones, hacerse con una rapidez verdaderamente sorprendente.

En la primera observación se trata de una joven de diez y siete años, la que en Julio de 1903 se cortó el nervio mediano; tuvo como consecuencia trastornos de la sensibilidad y panadizos analgésicos de los dedos índice y medio. En Noviembre de 1903 el Dr. *Monod* suturó el mediano, con lo que mejoró bastante el estado de la enferma. Un año después tenía atrofiadas las falangetas del índice y del medio, cianosis de estos dedos y anestesia dolorosa de todo el territorio del mediano. El 15 de Noviembre de 1904 el Dr. *Chaput* puso al descubierto este nervio, que presentaba un neuroma de 3 á 4 centímetros de longitud; reseco los 4 centímetros superiores y su-

turó los dos cabos con catgut. Al quinto día había desaparecido el color violáceo del dedo y la enferma sentía la picadura hecha con un alfiler. La curación es hoy completa y esta mujer puede trabajar.

La segunda observación es casi idéntica á la primera: herida antigua del mediano, anestesia, trastornos tróficos; sutura secundaria el 14 de Mayo de 1897, seguida desde el día siguiente de hormigueo en los dedos. Al tercer día los dedos no estaban congestionados, pero sí sensibles. La curación persiste desde entonces.

El tercer caso es el referido en una de las últimas sesiones; se trata de una herida del nervio cubital, que data de catorce años, y que fué seguida de parálisis de los interóseos y de anestesia. El 4 de Febrero del año actual el Dr. Chaput hizo una sutura nerviosa del cabo inferior del nervio en un gancho del superior. Los resultados de esa intervención fueron satisfactorios.

Puede objetarse á las dos primeras observaciones que el descubrimiento de la sensibilidad expone á errores; sin embargo, la desaparición de los trastornos tróficos es un fenómeno visible é innegable. Respecto á la tercera observación, el restablecimiento de la movilidad no deja lugar á duda alguna, y prueba que la sutura neurológica secundaria permite el restablecimiento funcional con la misma rapidez que si se tratara de un tendón.

Es difícil admitir que la reparación del nervio degenerado pueda efectuarse con tanta rapidez, pero las investigaciones recientes de Bungner, Ziegler, Ballana y Steward, Beer y Wilson y Durante, han probado que después de cierto tiempo del traumatismo las fibras neurológicas se regeneran espontáneamente con su cilindro y su mielina; es la regeneración segmentaria ó *in situ*, distinta por completo de la regeneración por granulación que ha descrito Ranvier. Se comprende que la confrontación de dos segmentos de nervios no degenerados ó regenerados les permita recobrar sus funciones.

Sean las que fueren las explicaciones teóricas, las observaciones del Dr. Chaput demuestran, con muchas otras, que la sutura secundaria de los nervios procura el restablecimiento rápido de los movimientos y de la sensibilidad en el territorio de los nervios suturados.

(*Soc. de Cir. de Paris*).



**Un caso de cirrosis hepática gonocócica.**— Á los pocos meses de casada una mujer de veinte años, fué contagiada por su marido de una blenorragia, que curó sin dejar huella al cabo de un mes de tratamiento, quedando embarazada en seguida; pero á los ocho meses de estarlo sufrió un nuevo contagio idéntico acompañado de gran cistitis, con fiebre é insomnio. En estas condiciones dió á luz, quedando el vientre con exagerado volumen y volviendo á aparecer la fiebre. La ascitis se hizo evidente, y la enferma adelgazó de tal manera, que se sospechó la tuberculosis abdominal. Se practicó una paracentesis, que se suspendió pronto por haber empezado á mos-

trarse teñido de sangre el líquido. Como la ascitis continuase aumentando, se repitió la punción abdominal, extrayéndose unos 22 litros. En todo este tiempo se aplicó al vientre colodión yodoformo-guayacolado, pareciendo curada la paciente á los once meses; pero pasados siete más contrajo de su marido una tercera blenorragia con el mismo séquito morboso anterior. La ascitis aumentó lentamente, acompañada de dolores en el bajo vientre y fiebre. Curó la blenorragia, pero la ascitis y la fiebre continuaron, y entró esta mujer en el hospital de Estefanía, después de año y medio de tratamiento, demacrada, con un vientre enorme y una dilatación muy notable de la base del tórax, que justificó una laparotomía, la cual hizo ver la existencia de una cirrosis atrófica del hígado como única lesión macroscópica determinante de la ascitis, que se regeneró tan pronto como fué cerrado el vientre. Cada cuarenta días aproximadamente se practicó no menos que cuarenta veces la paracentesis, dándose salida en cada una de ellas á 24 litros, lo que arroja un total aproximado de 800 litros. Tratada convenientemente mejoró lo bastante para infundir algunas esperanzas, que es hasta donde llegan las últimas noticias de este caso.

El autor no duda de la naturaleza blenorragica de esta cirrosis, así por haber tenido lugar la invasión gonocócica en época en que la introducción del gonococo en la sangre se hace muy fácil, como por haber hecho sufrir un primer ataque de cirrosis con las naturales é importantes alteraciones materiales del hígado en una mujer que de soltera tuvo ya una ictericia catarral, y porque restablecida la doliente y pasado año y medio presentó los mismos síntomas y por el mismo orden cronológico que en el primer ataque abdominal suscitado por el contagio anterior, reconociéndose, mediante la intervención quirúrgica, la existencia de una cirrosis atrófica promotora de la ascitis.

(*A Med. Contemporanea*).

\*\*\*

**El paso de las antitoxinas de la madre al hijo.**— Admítase generalmente que las sustancias solubles, y por consecuencia las antitoxinas, pueden pasar fácilmente de la madre al feto á través de la placenta. Sin embargo, un cierto número de experimentos sobre los animales, así como algunas consideraciones teóricas—tales como la imposibilidad para las gruesas moléculas albuminoideas de rebasar una membrana dialisante—, han inducido á negar la realidad de este fenómeno. En el presente trabajo, el Dr. Polano demuestra que, por lo menos para la especie humana, conviene considerar dicho fenómeno como positivo.

En una primera serie de investigaciones, inyectaba toxina anti-tetánica á parturientas pocos días ó pocas horas antes del parto. Terminado éste inoculaba toxina tetánica á ratones blancos, é inmediatamente después les inyectaba una cierta cantidad de suero

perteneciente ora á la madre, ora al feto. Los animales así tratados no contrajeron el tétanos ó no lo contrajeron sino tardíamente, al paso que los animales testigos sucumbieron rápidamente.

Verdad es que, en esos casos, puede objetarse que el suero humano poseía tal vez de por sí una acción antitóxica, ó que la inyección hecha á la parturienta alteraba la integridad de su placenta y la hacía anormalmente permeable. Pero de estas dos objeciones es fácil demostrar que la primera no está fundada por lo que hace á las dosis empleadas por el Dr. Polano; cuanto á la segunda, se basa en una hipótesis poco verosímil y que es posible refutar. Las sangres materna y fetal tienen, en efecto, propiedades muy análogas; sin embargo, la primera es hemolítica para los eritrocitos del palomo, al paso que la segunda no lo es. Si pues la placenta se volviera súbitamente permeable por el hecho de la inyección de antitoxina, es evidente que la hemolisina especial de la madre debería de pasar inmediatamente á la sangre fetal. Pero no ocurre nada de esto, y el suero del infante se mantiene incapaz de disolver los hematíes del palomo, aun cuando la madre ha recibido inyecciones de antitoxina tetánica. Normalmente, la placenta no opone, pues, ninguna barrera á la inmunización *pasiva*, la que produce una antitoxina ajena al organismo.

En una segunda serie de experimentos el autor se ha ocupado en la antitoxina difterítica. Esta se encuentra normalmente en la sangre de cierto número de personas, ora por el hecho de una difteria anterior (inmunización activa), ora en razón á una propiedad especial de la sangre (inmunidad fisiológica). Pues bien, la sangre de 2 fetos nacidos de mujeres que poseían la inmunidad activa contenía la antitoxina, es decir, que el suero de la madre y el del hijo se oponían conjuntamente al desarrollo de la difteria en los animales que eran inoculados con la toxina. En una tercera parturienta que había tenido la difteria, pero cuyo suero estaba, sin embargo, desprovisto de antitoxina, el suero fetal no la contenía. En 3 mujeres que, no habiendo tenido nunca la difteria, estaban dotadas de la inmunidad fisiológica, el suero del infante contenía la antitoxina. Por último, el suero del infante de una mujer que no había tenido nunca la difteria y cuya sangre no contenía antitoxina, estaba desprovisto de ella. Había, por consiguiente, un paralelismo absoluto entre las propiedades de la sangre de esas 7 mujeres y las de la sangre de sus hijos, en lo que respecta á la antitoxina difterítica; esto constituye una nueva prueba del libre paso de esta última substancia á través de la placenta.

Las observaciones precedentes pueden tener su interés desde el punto de vista de la herencia. Es de notar, por otra parte, que las antitoxinas estudiadas por el Dr. Polano existían á la vez en la sangre del feto y en el líquido amniótico; en cambio no existían en las orinas; de lo cual puede inferirse que el líquido amniótico no proviene únicamente de la secreción urinaria, sino también de la diálisis á nivel del epitelio amniótico. Es ésta una nueva demostra-

ción de la actividad en cierto modo «inteligente» y no puramente física de los epitelios. Esta última consideración puede explicar por qué los experimentos que han hecho otros autores no siempre concuerdan entre sí ó con los precedentes: es muy posible que, según las especies animales, los epitelios de órganos que son sin embargo similares no se hallan dotados de las mismas propiedades dialíticas. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*)

\*  
\*  
\*

**El veneno de los himenópteros.**—El Dr. *P. Fabre*: Los efectos provocados en el organismo por las picaduras de los himenópteros constituyen un verdadero envenenamiento. Aunque la lesión local no es despreciable, cuando el aguijón queda en la herida, como en las picaduras de abeja, en las picaduras de las avispas y de los zánganos, son de temer sobre todo los accidentes generales; sabido es que el veneno se produce en la mayoría de los himenópteros en dos glándulas pares, que segregan un líquido ácido, y en una glándula impar, que le segrega alcalino, siendo siempre ácida la mezcla de estos dos líquidos. La picadura de abeja, además de producir un edema de aspecto erisipelatoso de las regiones interesadas, puede provocar alteraciones generales graves y hasta la muerte. La picadura de las avispas y de los zánganos parece que introduce en el organismo un veneno más difusible, puesto que una picadura basta con frecuencia para producir alteraciones de naturaleza sincopal y erupciones generalizadas escarlatiniformes, eritematosas y á menudo una verdadera erupción de urticaria. Casi todas las funciones del organismo pueden estar interesadas. Las funciones circulatorias (frecuencia ó lentitud del pulso, palpitations cardiacas, alteraciones vasomotoras, etc.); las funciones digestivas (náuseas, vómitos, diarrea); las funciones respiratorias (disnea); las funciones nerviosas, ora periféricas (dolores, hiperestesia, anestesia, etc.), ora centrales (delirio y hasta locura, etc.); las funciones sensoriales (alteraciones del oído, de la vista, etc.); las funciones de secreción (salivación abundante, diuresis, etc.)

El tratamiento local consiste en la aplicación inmediata sobre la región afectada de agua de cal, amoníaco líquido ó vinagre; la sal de cocina aplicada sobre la picadura y las soluciones concentradas de esta sal que se hacen tragar en los casos de picaduras de la faringe por la avispa, son especialmente recomendables. Como tratamiento general, se favorecerá la eliminación del veneno: primero, por la piel, provocando la secreción sudoral por líquidos calientes y aromáticos adicionados de estimulantes difusibles, espíritu de Minderero, éter, menta, etc.; segundo, por los riñones, empleando los diuréticos, y tercero, por las vías digestivas, por medio de los vómitos, purgantes, enemas, etc.

Se ha ensayado obtener cierta inmunidad contra los efectos del veneno de los himenópteros recurriendo á las picaduras sistemati-

zadas de estos insectos; pero queda mucho que hacer en este sentido, y los fisiólogos, por medio de nuevos experimentos, tendrán que dilucidar muchas de las cuestiones, aún obscuras en su naturaleza y evolución, de estas intoxicaciones. También se ha tratado desde hace mucho tiempo de utilizar en la terapéutica los productos de muchos de estos himenópteros. Las avispas, en las obstrucciones del riñón y de la vejiga; las abejas y las hormigas, en forma de cataplasma, en elixir, en productos destilados y hasta en estado de ácido fórmico y de formiato de sosa.

(Acad. de Med. de París).

\*  
\* \*

**Acción del radio en las aguas minerales.**—Tan pronto como se supo que las aguas minerales eran más ó menos radiactivas, las administraciones de estos establecimientos mandaron analizar sus aguas para investigar la presencia del *Radio* y utilizaron los números hallados para la propaganda. Nadie se preocupó de si el *Radio* podía ejercer alguna acción en la salud de los huéspedes de tales establecimientos; por esto debe verse con agrado que, siquiera sea posteriormente, se haya podido comprobar que en realidad existe tal influencia.

Bergell y Rickel dieron á conocer en el «Congreso de Medicina interna» sus investigaciones experimentales relativas á la importancia fisiológica de la radioactividad de las aguas minerales. Sabido es que en las aguas minerales la emanación del *Radio* desaparece pronto después de extraída el agua del manantial. Así, falta por completo á las aguas minerales exportadas la radioactividad. Mediante un procedimiento especial, es posible en cualquier lugar comunicar artificialmente á un agua mineral la emanación del *Radio*, devolviéndole así su propiedad perdida. En investigaciones sobre la influencia del agua de Wiesbaden (Kochbrunnen), con emanación y sin ella, sobre la digestión estomacal, se averiguó que la influencia retardatriz de las termas saladas sobre la digestión de las materias albuminoideas disminuía más ó menos por la emanación del *Radio*, y que esta emanación aumentaba la actividad del principio digestivo, la pepsina. Lo mismo puede decirse respecto de las aguas que todavía conservan su radioactividad natural que respecto de aquéllas á las cuales se ha comunicado artificialmente la emanación del *Radio*.

Con esto se explica tal vez el hecho de que las aguas bebidas al pie del manantial ejercen generalmente sobre el organismo una acción más favorable que tomadas en casa. Pero los ensayos hechos demuestran que á las aguas minerales embotelladas se les puede comunicar una acción análoga á la que tienen directamente al pie de la fuente, regenerando la radioactividad perdida mediante la radiación.

Para terminar, es interesante una comunicación de *Engler* á la

Asamblea anual de la «Bunsen Gesellschaft», Engler estudió la radioactividad de las aguas minerales de Baden-Baden y encontró que la máxima existía en un manantial que hoy apenas se utiliza, pero que era el más apreciado por los romanos á causa de su acción curativa, ya que junto á él se hallan restos de grandiosas instalaciones romanas de baños.

(*Die Umbschau*).

\*  
\*\*

**La pelada.**—El Catedrático agregado de la Facultad de Medicina de París M. Jeanseline, ha dado acerca de la pelada una conferencia en el hospital Beaujon, alzándose contra la opinión que admite el carácter micróbico y contagioso de la misma, y declarándose resuelto partidario de su origen trófico, de naturaleza atónica, puesta de manifiesto ésta por el adelgazamiento y decoloración de la piel, además de la caída ó falta de pigmentación del pelo y hasta de las uñas en algunas ocasiones. El autor cita como ejemplo de la índole trófica y asténica de la causa inicial de la pelada el hecho de un tabernero que, habiendo tenido grandes pérdidas de dinero una tras otra, empezó á presentar las calvas características y en quince días se unieron todas entre sí, haciéndose general la calvicie.

Lógico es, pues, que el Dr. Jeanseline considere únicamente útil aquella parte del tratamiento antiguo que se fundaba en fricciones balsámicas ó excitantes de cualquier género sobre la chapa alopécica, y que las complete con frotaciones sobre las zonas hipotónicas de la piel, dadas con un cepillo, así como el masaje, las duchas frías generales, y al interior los agentes fosforados, especialmente el ácido fosfórico oficial en dosis de 4 á 5 gotas puestas en un vasito de agua, bebido á cada una de las principales comidas diarias, y acompañado todo ello por un régimen higiénico en que los ingresos vitales sean muy superiores á los gastos. En cuanto á la antigua profilaxis por la separación entre enfermos y sanos, queda conde nada en absoluto por el autor.

(*Archives de Thérapeutique*).

\*  
\*\*

**La tuberculosis inflamatoria del estómago é intestino.**—Los Dres. *Poncet* y *R. Lerich*: Nuestros estudios acerca del reumatismo tuberculoso nos han llevado á comprender mejor la tuberculosis y á admitir al lado de la tuberculosis clásica, de proceso histológico bien caracterizado, una forma septicémica y una forma inflamatoria, cuyo campo de acción es también muy vasto. Vamos á ocuparnos hoy ante la Academia de esta última forma, no ya de su localización sobre las articulaciones, sino sobre el estómago y el intestino.

1.º *Tuberculosis inflamatoria del estómago.*—Es una afección rara y su estudio apenas está esbozado. Los tratados clásicos se contentan con señalarla. No obstante, desde el empleo sistemático de

las ablaciones amplias y precoces, se han publicado algunas observaciones cada año.

Existen dos formas: una *hipertrófica*, verdadera tuberculosis del estómago, y una ulcerosa, que es más médica que quirúrgica; pero las dos son debidas á la evolución local del bacilo de Koch.

En un trabajo reciente acerca de las ulceraciones tuberculosas del estómago, el Dr. Arloin ha demostrado que este cuadro debía ampliarse, llegando á deducir, como consecuencia de un estudio anatómico y experimental muy profundo, que al lado de las lesiones anatómicamente tuberculosas debían colocarse las «ulceraciones desprovistas de toda característica microscópica engendradas por la toxemia tuberculosa, verdaderas ulceraciones tóxicas, cuyas diferentes variedades no son más que los eslabones de una misma cadena».

Por nuestra parte, pensamos que se está aún muy lejos de admitir al lado de las dos modalidades, ulcerosa é hipertrófica de la tuberculosis gástrica, una forma fibrosa desde el comienzo, lesión creada completamente por la tuberculosis inflamatoria. Se han descubierto, en efecto, en el estómago y en la región pilórica principalmente, falsos tumores inflamatorios, esclerosis difusas ó localizadas, distintas de los tumores de origen ulceroso, en las cuales la reacción peritoneal es suficiente para hacer titubear en el diagnóstico, haciendo creer en la posibilidad de un cáncer que no existe. La característica de estos tumores inflamatorios, generalmente tomados por lesiones malignas, reside en una infiltración de la submucosa con organización fibrosa del tejido conjuntivo. La reacción peritoneal es muy variable, algunas veces nula y raras veces intensa. La mucosa intacta no tiene ni úlceras ni cáncer. Estas lesiones se designan generalmente con el nombre de rinitis plástica, y representarían la primera etapa de la rinitis confirmada, puesto que resulta muy curioso el haberlas observado en gran número de casos en los tuberculosos, dato que ha sido claramente señalado por Hanot y Gombault. Al lado de estas degeneraciones fibroides difusas ó localizadas del estómago se han de añadir, en el cuadro de la tuberculosis inflamatoria de este órgano, esas esclerosis limitadas al píloro que, estrechando su calibre, provocan estenosis más ó menos acentuadas, que se suponen debidas á la cicatrización de una úlcera, algunas veces muy hipotética. Por lo tanto, nosotros admitimos que la tuberculosis inflamatoria puede producir de una vez, y sin ulceración precedente, una esclerosis idéntica á la que en el orificio mitral, por ejemplo, provoca la estrechez mitral pura.

2.º *Tuberculosis inflamatoria del intestino.*— Por parte del intestino, encontramos lesiones idénticas y ligadas á una misma patogenia; se las observa en el intestino delgado, en el segmento ileocecal y en el intestino grueso. En el intestino delgado se han observado hace muchos años estenosis únicas ó múltiples, que no parecen depender de la cicatrización de ulceraciones preexistentes que hubiesen pasado inadvertidas, y, aparte de las variedades conocidas

de tuberculosis quirúrgica del intestino delgado, se ha creído necesario describir un tipo puramente inflamatorio, en el cual se dice que «la esclerosis cicatrizal parece asfixiar y hasta destruir todo rastro de lesiones bacilares primitivas» (Quénu y Judet). Añadiremos que en la mama la tuberculosis inflamatoria tal vez determina algunas mastitis nudosas, cuya etiología es hasta el presente muy oscura. Lo mismo puede decirse de algunas tiroiditis subagudas y crónicas y de algunos bocios que se desarrollan en los bacilares.

La noción de la bacilosis inflamatoria también debe intervenir en la explicación de esos tumores nudosos del pene, de esas induraciones plásticas de los cuerpos cavernosos, comparadas por los autores antiguos á las enfermedades del *sistema fibroso*: retracción de la aponeurosis palmar, nudosidades de las vainas tendinosas, etcétera, cuya relación con la tuberculosis se afirma de día en día á medida que se examinan los enfermos desde este punto de vista. Todos estos hechos no son, en suma, más que la confirmación de esa ley de patología general que hemos formulado desde el principio de nuestros trabajos acerca del reumatismo tuberculoso, es á saber: «lo que es cierto clínica y anatómicamente para las articulaciones reumatismo tuberculoso articular, no lo es menos para los otros aparatos, para todos los órganos y para todos los tejidos, que con mayor ó menor frecuencia todos son interesados del mismo modo».

(Acad. de Med. de Paris).

\*  
\*  
\*

**Fractura subcutánea de algunos huesos del carpo.**—El Doctor *Maximiliano Hirsch*: Gracias á los rayos X, se pueden diagnosticar fracturas subcutáneas de algunos huesos del carpo que antes pasaban inadvertidas. Se ha averiguado, además, que algunas de estas fracturas son más frecuentes y presentan cierta regularidad en su patogenia, y que muy particularmente la fractura del escafoides es bastante típica y se venía diagnosticando muchas veces como contusión de la mano.

Según *Lilienfeld*, se produce siempre por compresión entre el radio y el hueso mayor, en la flexión radial de la mano, cuando este movimiento es muy brusco y violento. Sin embargo, el mecanismo de esta fractura puede ser diferente.

Así, en el primer sujeto que aquí presento, para evitar una caída hacia atrás, extendió la mano derecha hacia atrás y cayó con ella sobre un montón de piedra machacada, fracturándose entonces el escafoides. En este caso la mano se hallaba en flexión cubital, y el escafoides se partió sobre la apófisis estiloides del radio como cuando rompemos una caña sobre la rodilla.

El segundo sujeto cayó con la mano derecha sobre el suelo, hallándose también dicha mano en flexión cubital. En este caso, al producirse de un modo violento semejante flexión cubital, se puso tenso el ligamento radial externo y sobrevino una fractura por arrancamiento del escafoides.

Los síntomas clínicos son muy típicos: hinchazón de la articulación por hemartros, obstáculo á la flexión dorsal y dolor á la presión, localizado en la tabaquera anatómica, y que persiste muchas semanas generalmente. El curso ulterior no suele ser favorable; por lo común queda muy rígida la articulación, persiste el dolor, y con esto el trabajo se hace por lo menos muy difícil. En estos casos hay que pensar en la extirpación del hueso fracturado.

El tercer enfermo que presento es un caso de fractura del hueso semilunar. Estando fijo el codo y en flexión dorsal la mano, cayó sobre ésta una piedra de mucho peso. Sin duda estaba la mano en flexión cubital, y al ser comprimido el semilunar, en vez de dislocarse hacia la palma de la mano, como es lo más frecuente, se fracturó por compresión.

(*Imp. y Real Soc. de los Méd. de Viena*).

\*  
\* \*

**Histopatología de la parálisis general.**—El Dr. *De Buck*, basándose en el estudio histológico con la ayuda de los más recientes métodos de experimentación, y refiriéndose á 10 casos de parálisis general confirmada, admite el autor que está constituida esta afección por una encefalitis crónica de origen toxi-infeccioso. No se declara partidario de la naturaleza, específica ó no, de esta toxi-infección, que interesa todos los elementos corticales, sin que pueda asegurarse cuál es de entre todos el primeramente afectado. Tan sólo cuando el proceso ha adquirido su plena evolución compruébase la regresión de los elementos parenquimatosos, la cual se inicia por los cuerpos celulares y los tubos de mielina y acaba por las fibrillas del cilindro-eje.

La conclusión que se desprende del conjunto de estas investigaciones expresa la no existencia de lesiones específicas de la parálisis general, y además, que el diagnóstico histopatológico de esa afección debe estar fundamentado, no en la consideración de un solo elemento, sino en el conjunto de todas las alteraciones vasculares, con su envoltorio celular perivascular, compuesto en gran parte por células plasmáticas, las células en bastoncito, la disposición irregular de las capas celulares, las células nerviosas esclerosadas, la desaparición de las fibras tangenciales y superradiarias, la alteración profunda de las fibrillas intracelulares, etc.

El Dr. *De Buck* admite también que los casos de parálisis general de forma expansiva y delirante son notables por el considerable número de células en regresión cromolítica (cromolisis, cromatosis, desagregación molecular, degeneración grasienta, etc.), mientras que las formas demenciales puras se caracterizan principalmente por la presencia de un gran número de elementos celulares esclerosados.

(*Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*).

\*  
\* \*

**Valor terapéutico de la punción lumbar.**— De un notable trabajo publicado por el Dr. Radwel, resulta que la punción lumbar es de gran utilidad en el meningismo, en la meningitis serosa y epidémica y en la hidrocefalia secundaria, pues en todas estas enfermedades provoca la reabsorción del exudado por un mecanismo análogo al que se logra con la troacocentesis en las pleuresías con derrame.

En la hidrocefalia crónica, congénita ó adquirida, no se obtiene ningún resultado con la punción lumbar. Lo mismo ocurre en los tumores cerebrales, en los que en algunos casos puede ocasionar la muerte. En la meningitis tuberculosa los resultados son puramente paliativos y transitorios, al igual que en la tabes y en la parálisis general, en las cuales se consigue en algunas ocasiones atenuar ciertos síntomas, como las crisis gástricas tabéticas y las cefaleas de la meningo-encefalitis sífilítica.

En el tétanos se han logrado algunas curaciones empleando al propio tiempo las inyecciones de suero específico. En la epilepsia los resultados han sido nulos.

Por último, en las cefalalgias graves de la clorosis y de la uremia, así como en ciertas otitis medias, puede aconsejarse el empleo de la punción lumbar como excelente paliativo.

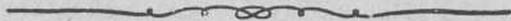
(*Rev. critica di clin. med.*)

\* \* \*

**Heridas múltiples por bala de revólver.**— El Dr. *Couteaud* refirió el caso de un joven que se disparó un tiro de revólver en la región epigástrica y que fué conducido al hospital con signos de hemorragia intraperitoneal. Presentaba también hematuria, que indicaba estar lesionado un riñón; no había signo de neumó ó hidrotórax. Laparotomía media una hora próximamente después de la tentativa de suicidio; el abdomen estaba lleno de sangre líquida y de coágulos; se descubrieron dos heridas del hígado, una en la cara convexa del lóbulo izquierdo y la otra en la inferior del derecho; el estómago estaba intacto, pero en el riñón derecho había una herida en la que podía introducirse el dedo índice. Sutura con catgut de las heridas hepáticas y renales. Desagüe abdominal. El herido sucumbió á las pocas horas por colapso y hemorragia.

La autopsia demostró que las suturas del hígado se hallaban en buen estado, pero la renal era incompleta; el tejido del riñón había cedido, produciendo una hemorragia secundaria abundante. Se descubrieron, además, una tercer herida del lóbulo izquierdo del hígado extensa, pero que no sangraba, y otra penetrante del diafragma.

(*Soc. de Cir. de Paris*).



## SECCION PROFESIONAL

### RETIROS

«Circular.—Excmo. Sr.: De conformidad con lo expuesto por el Consejo Supremo de Guerra y Marina en 25 de Febrero último, el Rey (que Dios guarde) ha tenido á bien hacer extensivo lo dispuesto en la Real orden de 15 de Diciembre de 1896 (C. L. núm. 352), con carácter general para los casos que hayan de resolverse á partir de esta fecha, á los Jefes y Oficiales del ejército y sus asimilados á quienes se declare inútiles para el servicio en definitivo reconocimiento médico y sólo cuenten diez y nueve años cumplidos de servicios sin llegar á los veinte; debiendo pasar los interesados á situación de reemplazo por enfermo hasta completarlos, expidiéndoseles entonces el retiro con el sueldo mínimo asignado á su respectiva clase, para el que serán propuestos con la misma anticipación que está prevenida para los que han de obtenerlo por edad; pero en la inteligencia de que no podrán alcanzar ascenso por ningún concepto desde la declaración de inutilidad física.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 1.º de Abril de 1905.—Martítegui.—Señor.....»

\*:\*:

### MATERIAL SANITARIO

«Circular.—Excmo. Sr.: Á fin de simplificar la documentación y facilitar el suministro de medicamentos, apósitos, vendajes y demás material accesorio de curación con destino á las enfermerías de tropa de los Cuerpos del ejército, el Rey (Q. D. G.), de acuerdo con lo propuesto por la Ordenación de pagos de Guerra, se ha servido disponer se observen en en lo sucesivo las reglas siguientes:

1.ª En las plazas en donde existan establecidas farmacias militares, extraerán los Cuerpos los medicamentos que se consideren estrictamente necesarios para las enfermerías de tropa que figuran en la vigente tarifa llamada de Cuerpos, y asimismo, y en iguales condiciones, los apósitos,

vendajes y demás material accesorio de curación á que se refiere la Real orden circular de 13 de Septiembre de 1904 (*C. L.* núm. 193). La extracción se verificará sin cargo ni pago directo de su importe en las farmacias y hospitales militares.

2.<sup>a</sup> Dicha extracción se realizará previo duplicado pedido del Oficial médico encargado de la enfermería, con conocimiento del Mayor y visado por el Jefe del Cuerpo; y

3.<sup>a</sup> Cuando los Cuerpos residan en localidades en donde no exista establecida farmacia militar, ni en sus inmediaciones, adquirirán los medicamentos, apósitos, vendajes y demás material de curación en las farmacias civiles, ajustándose en este caso la reclamación y pago al sistema actual, según se determina en las Reales órdenes circulares de 5 de Mayo y 23 de Agosto de 1897 (*C. L.* núms. 110 y 221). La circunstancia de no existir farmacia militar en el punto en que residan los Cuerpos se justificará por medio de un certificado, que se unirá á la cuenta de reclamación, expedido por el Oficial médico, con el conocimiento del Mayor y visado por el Jefe del Cuerpo.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 3 de Abril de 1905.—Martítegui.—Señor.....»

\*  
\* \*

«*Circular.*—Excmo. Sr.: Suprimida la Junta superior económica de Sanidad Militar en virtud de lo dispuesto en la regla 3.<sup>a</sup> de la Real orden circular de 9 de Diciembre último (*C. L.* núm. 241), á la cual correspondía el examen y aprobación de las propuestas que los hospitales militares formulan para dar de baja, reponer y adquirir material sanitario; y con el fin de armonizar este servicio con lo preceptuado en el artículo 6.<sup>o</sup> del Real decreto de la fecha antes citada (*C. L.* núm. 240), el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.<sup>o</sup> El examen de todas las actas que redacten las Juntas facultativas de los hospitales militares proponiendo la baja, reposición, aumento al cargo y adquisición por gestión directa de material sanitario, se encomendará en lo sucesivo á la Junta facultativa de Sanidad Militar, creada por el Real decreto ya mencionado.

2.<sup>o</sup> Los Directores de los hospitales de la Península cursarán aquéllas, en triplicado ejemplar, á los Inspectores de Sanidad Militar, para que éstos, por conducto de los Generales de Cuerpo de ejército, las remitan á este Ministerio, y en igual número de ejemplares los Directores de los hospitales de Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla, que á su vez son Jefes

de Sanidad, por conducto de las respectivas Capitanías generales ó Gobiernos militares.

3.º Recibidas en este centro las mencionadas propuestas, se pasarán á la Junta facultativa de Sanidad Militar, y examinadas que sean por ésta se devolverán, con su informe, para su aprobación ó censura, cuyo resultado se comunicará á los Generales de los Cuerpos de ejército, Capitanes generales de Galicia, Baleares y Canarias y Gobernadores militares de Ceuta y Melilla, acompañando duplicado ejemplar de las actas de la expresada Junta facultativa y de las propuestas de los hospitales, como asimismo se ordenará al Parque central de Sanidad Militar y al Laboratorio central de medicamentos la remisión del material aprobado cuyo suministro corresponda á estos establecimientos.

4.º Las citadas autoridades militares participarán las resoluciones á los primeros Jefes de Administración y Sanidad Militar de las Regiones de su demarcación, incluyendo un ejemplar de las mencionadas actas y propuestas con el fin de que ordenen á los funcionarios de los hospitales que de ellos dependan la ejecución reglamentaria de este servicio.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 15 de Abril de 1905.—Martitegui.— Señor.....»

\*  
\* \*

#### HOJAS DE SERVICIOS

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito que el General del tercer Cuerpo de ejército dirigió á este Ministerio en 31 de Diciembre último, solicitando se dicte una disposición que armonice cuanto previene el artículo 64 del capítulo 3.º, título 2.º del Reglamento para el detall y régimen interior de los Cuerpos de 1.º de Julio de 1896 con lo establecido en Real orden de 24 de Diciembre de 1901 (*D. O.* núm. 289), respecto á que las hojas de servicios ó de hechos y á las filiaciones se unan ó archiven los testimonios ó partes decretados de las notas que proceda estampar en dichos documentos por las faltas cometidas ó castigos impuestos, el Rey (*Q. D. G.*) se ha servido resolver que, sin perjuicio de que los antecedentes que motivan las indicadas notas se archiven temporalmente en los respectivos Cuerpos y dependencias que las consignan, según estatuye la Real orden citada de 24 de Diciembre de 1901, dichos documentos se acompañen á las filiaciones, hojas de servicios ó de hechos de los interesados cuando éstos cambien de Cuerpo ó destino, á fin de que se halle completo el historial de los mismos.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 4 de Abril de 1905.—Martítegui.—Señor.....»

---

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

---

La *Asociación Francesa de Cirugía* celebrará su XVIII reunión anual en París el 2 de Octubre, bajo la presidencia del Dr. Chauvel. Los temas oficiales son tres: Primero. *Cirugía del páncreas*; ponente, Dr. F. Villar. Segundo. *Cirugía reparadora de la cara*; ponente, Dr. Depage. Tercero. *Conservación en el tratamiento del traumatismo de los miembros*; ponente, Dr. Nimier.

\*  
\*\*

Del 10 al 18 de Octubre se celebrará en Venecia el *VII Congreso Internacional de Hidrología, Climatología, Geología y Terapéutica por los agentes físicos*.

Las comunicaciones y adhesiones se dirigirán al Secretario general, Dr. Fausto Orefice, S. Stefano, 2.803, Venecia.

\*  
\*\*

Durante el mes de Agosto próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.098 defunciones, que arrojan un término medio diario de 35'419 y una proporción de 1'930 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1904 hubo 1.176 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 269, de menos de un año; 204, de uno á cuatro años; 75, de cinco á diez y nueve; 139, de veinte á treinta y nueve; 181, de cuarenta á cincuenta y nueve; 230, de sesenta en adelante.

Las principales causas de defunción han sido: diarrea y enteritis (menores de dos años), 168; tuberculosis pulmonar, 111; meningitis simple, 78; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 61; pneumonía y broncopneumonía, 58; enfermedades orgánicas del corazón, 54; congestión y hemorragias cerebrales, 49; tuberculosis varias, 39; bronquitis aguda, 33; tumores cancerosos, 25; senectud, 24; fiebre tifoidea, 21; coqueluche, 18; meningitis tuberculosa, 15; bronquitis crónica, 15; afecciones puerperales, 10; sarampión, 9; gripe, 6; suicidios, 6; reblandecimiento cerebral, 4; escarlatina, 3; difteria y crup, 3; debilidad congénita, 3; viruela, 1; otras causas de defunción, 284.