

GACETA MEDICA DE COSTA RICA

AMERICA CENTRAL

REVISTA CIENTIFICA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUJIA, HIGIENE Y PUERICULTURA
ORGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPUBLICA

DIRECTOR Y ADMINISTRADOR: DR. TEODORO PICADO

Dirigir la correspondencia
al Director y Administrador
San José, Costa Rica



La Gaceta Médica se publica cada mes.
No se admiten suscripciones por menos
de seis meses, pago adelantado.

Precio de suscripción por un año ₡ 6-00
Precio de suscripción por seis meses ₡ 3-00



Precio de un número suelto ₡ 0-50
Precio de avisos Convencional.

Hospital de San Juan de Dios

Caso de invaginación en un niño de seis meses y seis días, operado con éxito

El sábado 13 de febrero fui llamado a San Isidro de Heredia a ver un niño enfermo de seis meses. Este pequeño paciente hijo de padres sanos y robustos es de tan privilegiada constitución, que al nacer, con todo y que la madre era multipara, hubo necesidad de una laboriosa aplicación de forceps que practiqué con el auxilio del Dr. Luis P. Jiménez.

Desde su nacimiento el niño amamantado por la madre se desarrollaba admirablemente, cuando el 12 de los corrientes notó la mamá que el enfermito se quejaba repentinamente de dolor con vómitos verduzcos y deposiciones abundantes de sangre roja. Alarmados los padres con la depresión y la palidez del niño, se me llamó al siguiente día, después de haberle propinado infortunadamente unas tres cucharaditas de aceite.

Vi al enfermo el día 13 a las 2½ p. m., es decir, 24 horas después del incidente inicial. Pude observar que el niño vomitaba y deponía sangre roja en abundancia, quejándose solamente al examinarle el abdomen, donde se percibía una masa alargada y dura en el hipocondrio izquierdo. Temperatura, 39º centigr., pulso muy rápido pero regular y fuerte. Diagnosticué una invaginación y propuse la intervención inmediata como único lance de salvación. Traído el enfermo a la capital y confirmado el diagnóstico por los Dres. Luis P. Jiménez, Durán y Pupo, y confiada la anestesia a este último, procedí, con la valiosa ayuda del Dr. L. P. Jiménez y la cooperación del Dr. Facio, interno del Hospital, a practicar la laparotomía de urgencia.

Incisión mediana del ombligo al pubis, extracción de los intestinos sobre compresas esterilizadas calientes. Después de algunas vacilaciones pudimos observar que la extremidad inferior del ileon en una extensión como de quince pulgadas estaba invaginada en el colón transversal junto con el ciego y el apéndice y una ligera porción del meso colon. Con mil dificultades y temiendo una ruptura, por muy moderadas que se practicaban las tracciones en el segmento invaginado bastante lastimado ya por la inflamación de los tegidos,

optamos por inyectar aceite alcanforado esterilizado entre las dos capas del intestino envolvente y la parte invaginada, usando la vis a tergo, es decir, comprimiendo el intestino hacia la parte terminal de la porción de intestino invaginado, y así pudimos, separando lentamente las adherencias, ir poniendo las cosas en su lugar. La expulsión del ciego, con la distensión enorme de su masa dió por resultado dos heridas longitudinales del colón envolvente que fueron suturadas con una simple sutura de Lembert. Punto importante: el apéndice muy congestionado y lastimado estaba sano; por supuesto, que ni se nos ocurrió extirparlo, cosa que habríamos practicado en el adulto. Se pusieron en la cavidad abdominal 30 gr. de aceite alcanforado esterilizado. En el cierre abdominal hubo bastante dificultad al reducir los intestinos llenos de gases.

Sutura del peritóneo y las facias por el método corriente en estos casos.

Al terminar la operación, inhalaciones de oxígeno. Como el anestesista notara intermitencias del pulso, se puso una inyección de digitalina y extrincina.

Al terminar la operación, que se prolongó, bajo anestesia, en unos tres cuartos de hora, el operado tenía 160 pulsaciones, la temperatura subió por la tarde a $40\frac{1}{2}$ centígrados. En la noche síntomas muy alarmantes de shock, descenso violento de la temperatura, pulso filiforme y convulsiones. Con una lavativa de 0,50 de Hydr. de cloral y 0,01 centígrados de cafeina, en dos horas los síntomas graves desaparecen.

El niño que por cucharaditas toma el alimento materno, al siguiente día de la operación, vuelve a tomar el pecho de la madre. El pulso y la temperatura se normalizan y el operado entra en convalecencia a partir del tercer día de la intervención.

Este caso nos sugiere algunas consideraciones:

I.º Que no hay edad para las laparotomías de urgencia, cuando las circunstancias así lo exigen, por grave que sea el caso.

II.º Que hasta pasadas 24 horas aún es reductible una invaginación intestinal.

III.º Que los niños alimentados con leche materna presentan una resistencia muy marcada en los grandes traumatismos.

El caso presente es interesante por haberse practicado la operación, después de 24 horas, es decir, en las peores condiciones, si se toma en cuenta la estadística de la mortalidad según la hora en que se opera. Reproducimos el cuadro siguiente de la obra del especialista francés Kirmisson por parecernos de gran interés:

Operaciones practicadas, dan una mortalidad:

12 horas después del ataque, de	14 ^{0/0}
24 » » » » »	39 ^{0/0}
36 » » » » »	36 ^{0/0}

Estos datos estadísticos demuestran, pues, de un modo claro y terminante, la necesidad de un diagnóstico rápido, y la utilidad de una intervención tan pronto como sea posible.

El mismo autor desaconseja, en los casos en que la invaginación es irreductible, los procedimientos de Widenhan Mannsell, y el procedimiento perfeccionado de Baker, aun con la exteriorización prealable del colon, aconsejada por Israël, operaciones que nunca han dado resultado. Kirmisson, basándose en la estadística de Grisel, recomienda especialmente la resección intestinal como el mejor tratamiento moderno en los casos irreductibles.

J. M. SOTO ALFARO.

Sociedad de Cirugía Costarricense**Tumor abdominal**

Señores:

El siguiente caso, que voy a someter a la consideración de Uds., es de suma importancia desde el doble punto de vista del diagnóstico y del tratamiento. El diagnóstico presentó muchas dificultades por falta de síntomas distintivos: hubo diversidad de opiniones y ninguna resultó correcta, razón por la cual fué necesaria una doble intervención quirúrgica, por fortuna con muy buen éxito.

Se trata de un tumor abdominal en una mujer de cuarentiseis años de edad, con la siguiente historia: hija de padres sanos, creció fuerte y robusta y nunca sufrió enfermedad alguna, salvo sarampión y tos ferina cuando niña. Tuvo trece hijos y tres abortos: el último aborto hace tres años. La enfermedad actual comenzó hace seis años, sin dolor, por una tumefacción del lado derecho del abdomen, que fué creciendo gradualmente hasta alcanzar el tamaño de una naranja grande. No recuerda haber padecido de calenturas ni dolor agudo en el abdomen: cuando ingresó al hospital el 20 de setiembre, el tumor ocupaba toda la región lumbar e iliaca del lado derecho: era duro y poco sensible al tacto y tan movable que se le podía llevar de un lado a otro con la mayor facilidad. La orina contenía trazas de albúmina y carecía de sangre y de pus. La menstruación normal y regular. Después de examinar cuidadosamente el caso se creyó que se trataba de un fibroma pediculado del útero o de un quiste del ovario. No se le dió ninguna importancia a las trazas de albúmina en la orina. El 24 de setiembre se practicó una laparatomía y nos sorprendió encontrar un útero con sus anexos perfectamente normales. Entonces se exploró la cavidad abdominal y se encontró un tumor en conexión con el riñón derecho. Se consideró prudente aplazar la intervención para más adelante, se examinó el riñón izquierdo que estaba aparentemente sano y se cerró la pared abdominal. Se practicó poco después un cateterismo uretral y se pudo comprobar que la cantidad de urea en la orina de ambos riñones era normal, pero la secreción del derecho era más lenta. Con esa seguridad se practicó el 9 de noviembre la excisión del riñón derecho por vía lumbar y resultó afectado en sus dos terceras partes de *enfermedad poliústica*. La enferma tuvo una convalecencia rápida.

La dificultad del diagnóstico en este caso, da suficiente mérito para permitirme molestar la atención de Ustedes con los signos físicos, el diagnóstico diferencial y las causas de los tumores del riñón.

1.º SIGNOS FÍSICOS

Forma.— Todo tumor renal mantiene la forma del riñón con bordes redondeados y nunca agudos como los del hígado o del bazo.

Posición.— Se manifiesta, primeramente en el hipocondrio, se nota más al frente que atrás y nunca proyecta hacia la pared posterior, salvo en el caso de abceso perinefrítico. Muy raras veces cruza la línea media del abdomen, punto que lo distingue de los tumores del bazo.

Palpación.— Al palpar un riñón enfermo se nota a menudo en el paciente una sensación de náuseas. La palpación revela un tumor situado profundamente en la cavidad abdominal y nunca se le encuentra en contacto directo

con las costillas como sucede con los tumores del hígado o del bazo: así es que puede colocarse fácilmente la mano entre el tumor y el arco costal.

Percusión.— A medida que el tumor aumenta de tamaño, empuja el colon hacia adelante, produciendo una área resonante a la percusión. Si el tumor es demasiado grande, el colon se desvía hacia un lado y entonces hay matitez. Siempre existe una área resonante entre el riñón y la matitez hepática o esplénica.

2.º DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Un tumor renal puede confundirse y debe diferenciarse de las siguientes condiciones patológicas:

- 1.º Tumor esplénico.
- 2.º Tumor hepático.
- 3.º Dilatación de la vesícula biliar.
- 4.º Tumor o quiste del ovario.
- 5.º Neoplasma del colon.
- 6.º Acumulación fecal.
- 7.º Apendicitis.
- 8.º Fibroma del útero.

De los tumores del bazo y del hígado se distingue, como se dijo antes, por la ausencia de bordes agudos y hendeduras, porque no cruza la línea media del abdomen y porque está profundamente situado. Un tumor esplénico o hepático desciende ampliamente durante una forzada inspiración, debido a su íntima relación con el diafragma. La percusión lumbar es resonante en los tumores del hígado o del bazo y mate en los renales. *Hematuria, pyuria y albuminuria* indican afección renal, *leucocitosis* coincide con afección esplénica-*ictericia* con afección hepática. La aparición repentina de varicocele puede estar asociada con un gran tumor de riñón y nunca con tumores del bazo o del hígado.

Cólicos agudos se observan en afecciones del riñón y en las de la *vesícula biliar*: si el dolor es más intenso en el hipocondrio y hombro derechos y va acompañado de ictericia, se trata de la vesícula biliar: si es más intenso en la región lumbar y se trasmite hacia abajo en la línea del uréter y va acompañado de sangre o pus en la orina, indica afección renal.

Un tumor del ovario es superficial y generalmente en contacto directo con la pared del abdomen: los intestinos quedan detrás. En el tumor renal quedan por delante. Un tumor del ovario, a menos que no sea pediculado está situado, en el centro y muy abajo de la cavidad abdominal y crece de abajo hacia arriba: en el tumor renal sucede todo lo contrario. El tumor del ovario es esférico, el renal en forma de haba. Al tacto se puede notar la conexión del tumor ovárico con los órganos pelvianos. A la percusión del tumor del riñón hay resonancia al frente y matitez en los flancos: en el tumor ovárico es lo contrario. Un quiste del ovario puede confundirse con hidronefrosis: en caso de duda, examínese el fluido que contiene el tumor, con una aguja hipodérmica: el líquido del primero es por lo general alcalino y contiene colessterina: el del segundo es casi siempre ácido y contiene urea y más cantidad de cloruro de sodio que en la orina normal.

El tumor maligno más frecuente del intestino grueso es el carcinoma anular, que por lo general no se palpa al tacto, pero produce signos característicos de obstrucción intestinal crónica. Cuando invade el colon ascendente o descendente, puede confundirse con un tumor renal porque en ambos casos puede haber estreñimiento, pero en el cáncer del intestino, alterna con diarreas sanguinolentas y mucosas.

Acumulación fecal.— Va acompañada de estreñimiento: el tumor es cilíndrico, muy elástico al tacto y desaparece con purgantes.

En apendicitis puede formarse un tumor por la producción de un absceso o por las adherencias intestinales y confundirse a menudo con tumores del riñón, pero está fijo, no se mueve al respirar, es doloroso al tacto y comienza con síntomas agudos de dolor, vómito y fiebre.

3.º VARIEDAD DE TUMORES RENALES

Diagnosticado el tumor renal, conviene averiguar la naturaleza de la afección: las siguientes son las principales variedades:

- I. Hydronefrosis.
- II. Tuberculosis del riñón.
- III. Cálculos.
- IV. Tumor maligno.
- V. Enfermedad poliquística.

En Hydronefrosis el tumor es causado por dilatación de la pelvis y cálices, con fluido no purulento, debido a una obstrucción del uréter. Por lo general hay atrofia del parenquima del riñón. Puede confundirse con quiste del ovario, como ya se ha dicho. Una radiografía nunca debe omitirse en estos casos. El examen de la sangre ayudará a diferenciarlo de pyonefrosis o de absceso perinefrítico, pues en los últimos casos hay marcada leucocitosis.

En tuberculosis del riñón el tumor se manifiesta de dos maneras, según el lugar donde comienza la enfermedad: si es en la pelvis el uréter está propenso a obstruirse y el resultado sería una *pyonefrosis*: si es en el tejido renal, se producen masas caseosas considerables. En ambos casos los síntomas distintivos son: hematuria, pyuria, fiebre hética, anemia, caquexia y evidencia de tuberculosis en los otros órganos genito-urinarios o en los pulmones. La tuberculosis del riñón puede confundirse con la pyonefrosis producida por cálculos renales y al hacer el diagnóstico diferencial entre esas dos enfermedades hay que considerar los siguientes puntos:

- 1.º Historia de tuberculosis en la familia.
- 2.º Evidencia de esa enfermedad en otros órganos.
- 3.º Presencia del bacilo de Koch en el sedimento urinario.
- 4.º Radiografía del tumor.
- 5.º Reacción con la tuberculina.

En el sarcoma del riñón el tumor alcanza dimensiones considerables en muy corto tiempo y va asociado de caquexia progresiva y rápida, dolor intenso, anemia y hematuria.

No queda por último que considerar la *enfermedad poliquística o adenoma del riñón*, que fué la que encontramos en nuestro caso. Los puntos característicos de esta enfermedad son las siguientes:

- I. Por lo general ambos riñones están afectados.
- II. Son demasiado movibles.

III. No hay síntomas distintivos al principio, pero tarde o temprano se manifiestan los de uremia crónica: dolor de cabeza, vómito, diarrea, contracciones musculares, arterias tortuosas y rígidas, presión arterial alta, hipertrofia del ventrículo izquierdo, etc.

IV. La orina puede ser normal o contener trazas de albúmina y de sangre. La gravedad específica es generalmente baja y la urea disminuye en cantidad.

La ausencia de esos síntomas en nuestro tumor, su marcada movilidad y el hecho de encontrarse el otro riñón sano, nos condujeron a un diagnóstico errado, pero el caso tiene excusa.

Con respecto al tratamiento, conviene hacer esta pregunta: en enfermedad poliquística del riñón, se debe o no quirúrgicamente intervenir? En el caso afirmativo es prudente practicar una nefrectomía o hay que conformarse con la excisión de la parte quística?

Hay autores que no aconsejan operación fundándose en el poco beneficio que se obtiene tratando un riñón, cuando por lo general el otro está afectado de la misma enfermedad. Hay otros que indican la excisión de la parte quística siempre que el tumor no haya invadido mucho el órgano. En nuestro caso podrán observar Ustedes, por el espécimen que tienen a la vista, que el riñón está invadido en sus dos terceras partes incluyendo la pelvis, razón por la cual no hubiera sido posible remover únicamente la parte dañada y como se tenía la seguridad que el otro riñón estaba sano, se practicó una nefrectomía con un éxito admirable.

R. JIMÉNEZ NÚÑEZ

Intereses profesionales

Un proyecto del Doctor Zumbado

En la comida anual de médicos, que se efectuó el 10 de enero p. p., el doctor Zumbado expuso en un brillante discurso la necesidad de fundar un tribunal de honor compuesto de cinco miembros cuyas funciones serían las de dirimir de una manera imparcial y amoldada a toda justicia, las cuestiones que en el ejercicio de nuestra profesión pudieran surgir entre dos o más colegas.

Tal proposición mereció muchos aplausos y la aprobación de todos los concurrentes.

El doctor Zumbado expuso el proyecto en ciernes, para que todos los profesores lo meditaran, y aguarda la generosa invitación que el doctor don Daniel Núñez hizo esa noche para un *pic-nic* en una de sus quintas, para proponerlo en forma efectiva.

Lástima que un periódico de esta capital que hizo la crónica de esa reunión no hiciera mención de tan importante proposición; vamos a suponer que fué un olvido involuntario, pues no queremos pensar de otra manera.

A propósito y como en esos días se había suscitado una cuestión enojosa entre dos estimables colegas, y que un periódico se encargó de hacer del dominio público, alguien pensó que la proposición del doctor Zumbado era una alusión personal al caso en referencia... nos encarga el estimable colega manifestar aquí que su proyecto era mucho más viejo que la susodicha cuestión, y que puede citar nombres de colegas a quienes se lo había expuesto ya, y quienes al aprobarlo, lo animaron a que lo propusiera.—XX.

Las funciones del Médico en la guerra

La organización sanitaria del ejército alemán en la guerra

Para comprender la organización del servicio sanitario del ejército teutón, es necesario dar algunas ideas acerca de la constitución del ejército mismo.

El servicio sanitario está bajo la dirección del médico del Estado Mayor General, que reside en el gran Cuartel general. El ejército consta de cierto número de cuerpos. El mando superior de cada cuerpo de ejército corresponde ordinariamente a un general en jefe o mariscal de campo, con un médico

militar adjunto, al cual se une como agregado un cirujano elegido entre los profesores universitarios. Estos se encuentran en el llamado cuartel principal del ejército. Cada ejército consta de 2, 3, 4 y hasta más cuerpos de ejército. Cada cuerpo de ejército está mandado por un general, a cuyo lado hay un médico de cuerpo de ejército, un general-médico. Los cuerpos de ejércitos se forman de 2 ó 3 divisiones, y cada división tiene su general-médico de división. Cada división de infantería consta de cuatro regimientos de infantería, dos regimientos de artillería y uno de caballería; cada regimiento, de tres batallones, y cada uno de éstos de cuatro compañías de 250 hombres. Cada batallón tiene un mayor o un coronel-médico y un médico ayudante. Cada compañía tiene un suboficial o cabo de sanidad con cuatro camilleros. En artillería y en caballería la distribución sanitaria es análoga. Cada regimiento de artillería consta de dos secciones de tres baterías; cada regimiento de caballería consta de cuatro o seis escuadrones. Cada sección de artillería tiene su médico de sección y un médico ayudante, y las baterías los suboficiales de sanidad y los camilleros. En cada regimiento de caballería hay un médico de regimiento y dos médicos ayudantes, y por cada escuadrón, suboficiales de sanidad y camilleros.

Por lo que se refiere al material sanitario hay que hacer notar ante todo que la tropa lleva en los carros de bagajes su material de cura; pero además de esto cada oficial, suboficial y soldado lleva consigo dos paquetes de vendas, con objeto de poderse practicar una cura él mismo en la primera línea. Estos paquetes de vendas están acondicionados de modo, que empleándolos adecuadamente a las instrucciones recibidas, puede evitarse la infección de las heridas; estas vendas, como todo material de construcción, no están impregnadas, como antes lo estaban, de sustancias antisépticas, sino que están esterilizadas por el calor.

Cada oficial médico lleva una bolsa de campo con instrumentos quirúrgicos, material de cura, medicamentos, sobre todo para inyecciones subcutáneas, y el suboficial de sanidad lleva dos bolsas sanitarias. El coche de sanidad con cuatro camillas, férulas, material de operaciones, medicamentos, etcétera, acompaña a las tropas casi hasta la línea de combate.

El personal y el material sanitario está dispuesto para servir de tres modos:

- 1.º Para tropas en marcha.
- 2.º Para la tropa encuartelada.
- 3.º Para la tropa en combate.

Durante la marcha, el objeto principal es el de impedir lo más posible las caídas, y recoger a los soldados que repentinamente no estuvieran en condiciones de proseguir la marcha. Así se disponen las cosas de modo que pueden conducirse juntos con la tropa en marcha los enfermos ligeros, los despeados y los enfermos por fatiga.

Los demás enfermos se dejan en los puestos de concentración de los enfermos recogidos diariamente, donde se dividen en enfermos que probablemente podrán en breve tiempo volver a los cuerpos, y en otros que han de ser destinados a los lazaretos.

En los cuarteles el servicio sanitario se desempeña como en las guarniciones en tiempo de paz.

El mayor papel del servicio sanitario se desempeña en el combate. Una parte del personal sanitario está con las tropas combatientes en la línea de fuego; otra, organiza un puesto de curación que debe estar situado en lugar protegido del fuego de fusil y de la artillería y próximo, a ser posible, de lugar habitado donde encontrar agua y otros medios de socorro. En este sitio se hacen las primeras curaciones.

Durante el combate cada cuerpo de ejército tiene a su disposición tres compañías de Sanidad con 200 camilleros próximamente, gran número de personal sanitario, enfermeros, etc., un farmacéutico y un contador.

Al frente de las compañías de Sanidad hay un coronel-médico con dos médicos mayores y cuatro asistentes. Las compañías de Sanidad cuentan con ocho carros para el transporte de heridos, dos carros para el transporte de aparatos y medicamentos, y dos carros para las tiendas de campaña, y otro para los alimentos. La compañía de sanidad marcha con la tropa combatiente y en ocasiones hasta la línea de fuego más avanzada. Los camilleros recogen los heridos muchas veces en difíciles condiciones y los transportan al puesto de concentración principal, que es donde están los carros. Aquí se hace la distribución de los heridos, según la gravedad de las lesiones: los que pueden andar van al puesto de curación de heridos leves, los otros son transportados por medio de los carros. Los muertos y moribundos el médico-jefe los destina a puestos especiales.

Los heridos, inmediatamente después de curados, reciben una contraseña, una tablilla, sobre la que todos los médicos por cuyas manos han de pasar después los heridos, pueden ver si se trata de un herido capaz de andar, es transportable o no lo es. Desde el puesto principal de curación, los heridos más graves pasan al hospital de campo. Cada cuerpo de ejército tiene 12 de estos hospitales capaces para 200 enfermos; están situados a 15 ó 20 kilómetros de la línea de fuego, y por lo que se refiere al personal y material están ordenados y transportados como las compañías de sanidad. Los hospitales de campo tienen la misión de dar el tratamiento hospitalario definitivo en aquellos países donde es posible disponer de un lugar adecuado para recoger los enfermos y para practicar las operaciones quirúrgicas.

Cuando la tropa continúa operando, otra nueva formación se ocupa de la asistencia de los heridos, la sección hospitalaria de guerra. Desde este momento el hospital de campo se dispone en orden de etapa.

La etapa es el intermedio entre el ejército en país enemigo y los confines de la patria, y se divide en diversas estaciones:

- 1.^a Puesto de comienzo de la etapa.
- 2.^a Estación de recolección.
- 3.^a Puesto terminal de la etapa (que se encuentra ya en país enemigo).
- 4.^a Parte de la etapa que alcanza a la tropa cambiante.

A la cabeza del servicio sanitario de la etapa se encuentra un oficial médico especial, al cual está adjunto un consultor higienista con rango militar, que equivale al consultor quirúrgico en el ejército de campo. La misión del higienista es sobre todo la de combatir las epidemias. Según las necesidades, tanto al principio como al final de la etapa se implantan hospitales especiales, además de otros lugares para heridos o enfermos leves y convalecientes, con el fin de no verse obligados a mandar muchos soldados a la patria y de hacer volver el mayor número posible de curados lo más pronto posible a las respectivas compañías. Si es necesario, se establecen hospitales para infecciosos, lo más lejos posible de las zonas ocupadas por el ejército y en localidad no frecuentada por las tropas.

El médico de etapa provee al transporte de los heridos y de los enfermos mediante trenes o barcos hospitalares, y trenes y barcos de socorro sanitario, que se tienen dispuestos en tiempo de paz, y capaces de transportar cada uno 200 enfermos encamados.

Los heridos leves son transportados en los llamados trenes para enfermos.

La etapa tiene también la importante misión de cuidar del transporte de material sanitario de reserva.

El depósito sanitario en tiempo de paz en Berlín y el de los diferentes cuerpos proporcionan continuamente a la etapa el material sanitario necesario en el punto de concentración, en los confines y en el depósito sanitario que se establece en el punto principal de la etapa. Desde aquí, los hospitales de campo y las compañías de sanidad reciben los materiales necesarios, entre los que se encuentran hasta aparatos de rayos X.

La tercera sección del servicio sanitario militar es la que provee al servicio de asistencia y curación de los soldados en el territorio de la patria y que conservan la misma organización que en tiempo de paz. Los hospitales que después de la orden de movilización toman el nombre de hospitales de la reserva, sirven de ordinario para curar heridas de la milicia territorial.

La dirección médica del Ministerio de la Guerra es la más alta autoridad de todo el servicio sanitario en el territorio de la patria. En el Ministerio de la Guerra se encuentra además una oficina central que da noticias a los parientes de los muertos, de los heridos y de los enfermos.

El número de hospitales de la reserva durante la guerra aumenta mucho porque en tiempo de paz gran número de locales y de edificios públicos se construyen con el propósito de que puedan servir también como hospitales. La oficina central sanitaria nombra como director de cada uno de estos hospitales un ex-oficial médico superior. Los enfermos son distribuidos según sus achaques en hospitales en los cuales ya en tiempo de paz existen especialistas, que según las circunstancias pueden auxiliar a los médicos adjuntos, con consejos y auxilios científicos.

Cos intelectuales ingleses, al Mundo civilizado

En respuesta al manifiesto de los intelectuales alemanes, los representantes de la cultura literaria y científica de Inglaterra dirigen el siguiente al Mundo civilizado:

«Con gran sentimiento vemos los nombres de muchos Catedráticos y hombres de ciencia, a quienes hemos mirado siempre con respeto, y en algunos casos con amistad personal, al pie de una acusación contra la Gran Bretaña, tan sin fundamento, que casi no podemos creer que exprese su opinión espontánea o razonada.

No dudamos por un momento de su sinceridad, al expresar su horror por la guerra y su celo por alcanzar la mayor perfección de la cultura. Sin embargo, debemos hacer observar que escritores tan notables e influyentes como Nietzsche, von Treischke, von Bülow y von Bernhardt, tenían formado un concepto distinto de la guerra y del engrandecimiento nacional, que lo basaban en la acción de las armas, y que contó siempre con el beneplácito de la Prensa y de la opinión pública alemanas.

Esto no ha ocurrido, ni creemos posible que ocurra, en ninguna otra nación civilizada. Debemos hacer constar también, que en los tiempos actuales, el único ejército que ha destruído o bombardeado, deliberadamente, monumentos de Cultura humana, como son la Biblioteca de Lovaina y las catedrales de Reims y de Malinas, ha sido el alemán.

Sin duda, es difícil para los seres humanos considerar con justicia las contiendas de su país, quizá aún más difícil para los alemanes, educados en

un ambiente de devoción a su *kaiser* y a su ejército, bien puesto de manifiesto en los momentos actuales, y que viven bajo un gobierno que nosotros creemos no les consiente saber la verdad. Pero es deber de hombres doctos estar seguros de sus actos.

El Libro Blanco alemán contiene únicamente algunas selecciones, reducidas y cuidadosamente hechas, de la correspondencia diplomática que precedió a esta guerra.

Nosotros nos aventuramos a esperar que nuestros colegas alemanes, más tarde o más temprano, examinen con el mejor deseo toda la correspondencia, y formen un juicio independiente.

Entonces verán que, desde el envío de la nota de Austria a Servia en adelante, la Gran Bretaña, a quien ellos acusan de promotora de esta guerra, trabajó sin cesar por la paz.

Sus proposiciones sucesivas fueron apoyadas por Francia, Rusia e Italia pero no así, desgraciadamente, por la única potencia que pudo, con sólo una palabra pronunciada en Viena, haber conseguido fuese un hecho la paz. Alemania, en su propia defensa oficial, no simula que trabajara en favor de la paz, sino solamente por «localizar el conflicto.»

Ella pidió que Austria quedara libre para «castigar» a Servia en la forma que estimara oportuno. A lo más, procuró que Austria no se anexionara ni una porción de territorio servio; medida fútil, puesto que la ejecución de la demanda de Austria hubiera hecho de toda Servia su súbdito.

La Gran Bretaña, como el resto de Europa, reconoció que por muy justos que fueran los motivos de queja que Austria tuviese, los términos, sin precedente, en que estaba concebida su nota a Servia, constituían un reto a Rusia y una provocación a la guerra.

El Emperador de Austria, en su proclama declaró que la guerra estaba próxima a sobrevenir. El Libro Blanco alemán dice, en diferentes pasajes:

«Nosotros estábamos perfectamente enterados de que la posible actitud guerrera de Austria-Hungría contra Servia traería a Rusia al campo de batalla, y, por lo tanto, nos envolvería a nosotros en la guerra.... Nosotros no podíamos, sin embargo, aconsejar a nuestra aliada que adoptara una actitud de condescendencia, incompatible con su dignidad».

El Gobierno alemán confiesa haber conocido de antemano la tendencia de la nota austriaca, cuando estaba oculta a todas las demás potencias; haberla favorecido después de ser emitida; que consideraba dicha nota como precursora de la guerra, y que, cualquiera que fueran las manifestaciones que hubiere hecho a las otras potencias en privado, no aconsejó a Austria anular ni un solo punto de su demanda.

Esto es, a nuestro juicio, tanto como confesar que Alemania, en unión de su infortunada aliada, ha provocado deliberadamente la guerra actual.

Un extremo admitimos lealmente: Alemania hubiese preferido, probablemente, no luchar contra Inglaterra en este momento.

Habría querido mejor atemorizar y humillar a Rusia, hacer a Servia un Estado dependiente de Austria, dejar a Francia inofensiva y a Bélgica útil para ella, y entonces, una vez consolidada su superioridad preponderante, ajustarse cuentas con la Gran Bretaña.

Su agravio contra nosotros es porque no la hemos dejado realizar estos planes.

Tan arraigado está en la Gran Bretaña el amor a la paz; ejercen tanta influencia sobre nosotros aquellos que trabajaron durante muchos años difíciles por despertar buenos sentimientos de relación entre este país y Alemania,

que, a pesar de nuestros lazos de amistad con Francia, a pesar del peligro manifiesto que a nosotros mismos nos amenazaba, existió todavía hasta el último instante un firme deseo de conservar la neutralidad de Inglaterra, si podía ser mantenida sin deshonor. Pero Alemania misma hizo ésta imposible.

La Gran Bretaña, en unión de Francia, Rusia, Prusia y Austria, había garantizado solemnemente la neutralidad de Bélgica. En la conservación de esta neutralidad están por igual comprometidos nuestros más profundos sentimientos y nuestros intereses más vitales. Su violación, no solamente rompería la independencia de Bélgica, sino que minaría todas las bases que hacen posible la neutralidad de cualquier Estado y la existencia misma de aquellos que son más débiles que sus Estados fronterizos. Nosotros hemos procedido en 1914 como procedimos en 1870: pedimos a Francia y a Alemania la seguridad de que respetarían la neutralidad de Bélgica.

En 1870 ambas potencias nos aseguraron sus buenas intenciones, y las dos cumplieron su promesa. En 1914, Francia dió inmediatamente el 31 de julio, la seguridad requerida: Alemania rehusó contestar. Cuando, después de este siniestro silencio, Alemania procedió a romper, ante nuestros ojos, el Tratado que ella y nosotros habíamos firmado, confiando evidentemente en que Inglaterra sería, temerosa, su cómplice, entonces, hasta el inglés más amante de la paz no podía dudar.

Bélgica había apelado a la Gran Bretaña, para que cumpliera su palabra. La palabra está cumplida.

Los Catedráticos alemanes parecen pensar que Alemania cuenta en este asunto con grandes simpatías entre sus colegas de las Universidades de Inglaterra. Están completamente equivocados.

En toda nuestra vida no ha estado este país tan unido como ahora ante ninguna decisión política.

Nosotros sentimos real y profunda admiración por la sabiduría y la ciencia alemanas. Tenemos muchos lazos de unión con los Profesores de Alemania, lazos de compañerismo, de respeto y de afecto. Y sentimos hondamente que, bajo la triste influencia de un sistema militar, y de sus sueños desafortunados de conquista, aquella nación, a quien antes venerábamos, aparezca ahora como enemigo común de Europa y de todos los pueblos que respetan el Derecho Internacional. Nosotros debemos continuar la guerra en que estamos empeñados. Para nosotros, como para Bélgica, es una guerra de defensa, emprendida por la libertad y por la paz.

Entre los intelectuales que firman este documento, son los principales, sir Clifford Albutt, catedrático de Física en Cambridge; T. V. Arnold, catedrático de Latín de la Universidad del Oeste de Gales; sir C. B. Ball, profesor de Cirugía en Dublín; sir Thomas Barlow, presidente del Real Colegio de Médicos de Londres; sir Thomas Brock, Miembro de Honor de la Sociedad de Artistas Franceses; F. B. Bury, profesor de Historia moderna en Cambridge; sir James Christon-Arowne, Vicepresidente y tesorero de la Institución Real; F. W. Dyron, Astrónomo Real; sir Arthur Ivaw, Profesor de Arqueología prehistórica en Oxford; sir Edward Fry, embajador extraordinario y primer ministro plenipotenciario en la conferencia de La Haya en 1907; Henry Jakson, Catedrático de Griego en Cambridge; sir James Donaldson, Vicecanciller y Rector de la Universidad de San Andrés; F. B. Jeyous, Profesor de Filosofía en Durham; J. Jolly, catedrático de Geología y Mineralogía en la Universidad de Dublín; Horace Lamb, catedrático de Matemáticas de la Universidad de Manchester; sir W. Oster, Profesor de Medicina en Oxford; sir Isambard Owen, Vicecanciller de la Universidad de Bristol; sir A. Puiller

Couch, profesor de Literatura inglesa del Rey Eduardo VII, en Cambridge; Walter Raleigh, Catedrático de Literatura inglesa en Oxford; J. Arthur Thomson, Profesor de Historia Natural en Aberdeen; Janies Reid, Catedrático de Historia antigua en Cambridge; sir T. J. Poyntter, Presidente de la Real Academia de Artes; sir M. A. Miers, Rector de la Universidad de Londres; y A. F. Pollar, catedrático de Historia inglesa en Londres.

(De la *Gaceta Médica del Sur*, Granada)

Notas

Escuela de Obstetricia.—La matrícula de esa escuela se cerrará el día 3 de marzo próximo. Actualmente no cuenta esta Institución más que con dos alumnas de segundo año. Se han presentado hasta ahora a matricularse solamente dos candidatas y por ser ya fines de febrero, creemos que no serán muchas más las aspirantes a recibir los cursos en el presente año lectivo.

Llama la atención a este respecto, el poco interés que hasta ahora se han tomado la mayoría de las Corporaciones Municipales, en enviar becas que aprovecharan de esta clase de enseñanza, tan útil sobre todo en los lugares alejados de los centros del país, donde a estas horas reinan en plena florecencia las empíricas, azote de las parturientes y causa inmediata de la muerte de muchas infelices. Las torturas a que son sometidas las pacientes en forma de auxilio al alumbramiento y los menjurjes sibilinos que se les obliga a apurar en aquellos angustiosos momentos, en la mayoría de nuestros campos, no favorecen en nada los deseos de procreación.

Pero las municipalidades, ¡las pobres! con todo y las gracias y las leguas que les regalan, están siempre exhaustas, tan exhaustas que ya los médicos del pueblo no saben que poción barata, bien barata, aplicar a los enfermos pobres de las localidades, y es claro, bien claro, que en este caso, menos pueden los pobres ediles, mandar becas a la escuela de Obstetricia, aunque buena necesidad tienen.

Contra el nicotínismo.—La campaña que se ve precisado a llevar a cabo el señor Ministro de Instrucción, se explica desde luego por el uso y abuso que se hace actualmente del tabaco, sin darse cuenta de los males que produce en el organismo, sobre todo por el envenenamiento que causa al sistema nervioso.

Es muy frecuente encontrar galopines en campos y ciudades saboreando el *nicotiana tabaco* con un placar de verdaderos profesionales del vicio. Y a este propósito se nos viene al recuerdo la escena de una escuela rural, en que en los momentos de la recreación, se divertían los alumnos aspirando en sendas pipas, la venenosa combustión. Tiempo es ya de que nos aproximemos siquiera a la realidad en cuestiones de educación, para que tenga razón de ser, la fama de educadores que se nos ha dado.

Tracoma. (Optalmia Egipcia).—La aparición de esta enfermedad en Orontina nos pareció desde luego excepcional, visto que no son estos los lugares en que se halla. Sin embargo, explicándola por la importación que de ella hizo una tribu de gitanos, según se dice, si era posible que existiera. Dichosamente parece que no es tracoma la enfermedad descubierta, sino conjuntivitis folicular, la afección que tanta alarma había despertado. Y poco a poco, también se ha encontrado un caso de fiebre mediterránea ó de Malta. *Chi va piano va sano.*

Fallo en un litigio profesional.—En nuestro próximo número nos ocuparemos de un fallo de los tribunales dado últimamente y que es de gran importancia para nuestro comprofesionales, pues se trata en el fondo, de los derechos de un médico en casos de éxito parcial: no lo hacemos ahora, por no haberse publicado aún dicho fallo en el *Boletín Judicial*, pues deseamos que los resultandos y considerandos, sean conocidos de todos nuestros colegas.