

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año IV

Madrid, 1 de Diciembre de 1914.

Núm. 23.

SUMARIO

Fractura directa de la rótula: Tratamiento por la sutura metálica, por **Virgilio Her- nando**.—*Tratamiento del eczema agudo por el tribromofenato de bismuto*, por **José Pastor Pérez**.—*Tratamiento de la artritis gonocócica por la diatermia*, por **B. Navarro Cánovas**.—*Algunos de los últimos trabajos de la Escuela Médico legal de Lieja*, por el **Dr. A. Lecha-Marzo**.—*Varietades*.—*Prensa médico-far- macéutica*: Ulceras gástrica y duodenal.—Vacunación jenneriana accidental.—*Meiostagmorreacción en los tumores malignos*.—Las fugas en el paludismo.—*Prensa militar profesional*: Las bajas de Médicos militares en el Ejército alemán durante la guerra actual.—Los trenes militares en la India inglesa.—Las bajas de la guerra en Bulgaria.—La locura en los Ejércitos en campaña.—*Bibliografía*: Los retrasados escolares (anormales): Conferencias médico-pedagógicas por el **Dr. Nathan** y los **Sres. Durot, Gobron y Friedel**.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Diciembre de 1914. Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

FRACTURA DIRECTA DE LA RÓTULA

TRATAMIENTO POR LA SUTURA METÁLICA

El día 23 de Abril ingresa en la Clínica el soldado del Regi- miento de Caballería de Alfonso XIII, Pedro Arregui, con un fuer- te traumatismo en la rodilla izquierda, producido por un par de coces. Toda la cara anterior de la coyuntura aparece tumefacta y dolorida á la presión, y el derrame articular es tan considerable, que no permite reconocer, por el tacto, el estado de las partes duras; pero se sospecha que deben estar lesionadas, porque el he- rido no puede andar, y si bien se sostiene en pie, se ve imposibili- tado de levantar el talón del suelo. No se percibe crepitación, y el dolor á la presión y flexión de la rodilla no es violento, y, desde luego, nulo cuando está en reposo; tanto, que el individuo dice en- contrarse muy bien una vez que se le inmoviliza la extremidad poniéndola en una gotiera.

Por efecto del reposo y la aplicación de resolutivos va cedien- do el derrame, y á los cuatro días podemos apreciar que la rótula

está fracturada en tres fragmentos, dos inferiores y uno superior, en una separación entre ambos de más de cinco centímetros; circunstancia que se aprecia perfectamente al hundir el dedo en la piel de la cara anterior de la rodilla, en la que haciendo presión se consigue movilizar aquéllos en dirección anormal.

Renunciamos á los antiguos tratamientos por la inmovilización y lazos clásicos, y propongo á mis colegas la sutura metálica y el masaje, operación que es aceptada después de hacer un examen radiográfico de la articulación, comprobando que los fragmentos estaban como habíamos supuesto. El día 8 de Mayo procedí á la operación, ayudado por los distinguidos compañeros Sres. Iparraguirre Aracama, García Llorente y Bofill; después de las prácticas corrientes de esterilización manual y del campo operatorio, tracé un colgajo de convexidad inferior, levantándole hasta el arranque del tendón rotuliano, para poner bien al descubierto la cara anterior de la rótula y el foco de fractura; hecho esto, se abrió la articulación y se refrescó la superficie de sección de los fragmentos, uniéndolos en seguida con hilo grueso de plata, para lo cual, una vez aproximados y coaptados lo mejor posible con el perforador de Championère, se hizo en el superior, que era el más grande, un agujero que le atravesó por fuera del cartilago articular, y en los inferiores, como eran pequeños, no se hizo ningún taladro, sino que por debajo de ellos se atravesó el ligamento rotuliano con la aguja de Reverdin, pasando el hilo de manera que la rótula quedó dentro de una asa metálica, cuyos cabos se apretaron y torcieron por su borde externo. Este semicerclaje se reforzó con otro punto de sutura hecho con catgut grueso, que atravesó por arriba el tendón tricípital y por abajo el ligamento rotuliano, en la misma dirección que el anterior, ó sea de fuera adentro, para venir á anudarse en la cara externa de la articulación; hecho esto, suturamos las partes fibrosas, teniendo cuidado especial en unir las aletas de la rótula á los tejidos fibro-periósticos, terminando por reunir la piel sin dejar drenaje, por haberse tomado las precauciones naturales de asepsia. La operación duró cuarenta minutos, y la anestesia fué accidentada, por tener el individuo hábitos alcohólicos.

La pierna se colocó en una gotiera; y como el operado no acusaba dolores ni tenía fiebre, no se levantó el vendaje hasta el cuarto día, encontrando la herida en buenas condiciones de asepsia.

sía y en franca cicatrización, proceso que terminó por completo al décimo, sin señales de pus. Próximamente á los quince días de la operación comenzó el masaje: primero, suave y con gran cuidado, para ir lenta y gradualmente haciéndole más fuerte hasta conseguir en días sucesivos que el individuo hiciese movimientos de flexión de la pierna sobre el muslo; y más tarde, flexiones del tronco sobre las piernas; no teniendo necesidad del auxilio de muletas á los dos meses de operado, y saliendo con licencia como convaleciente, completamente curado y útil para el servicio de las armas, el día 12 de Agosto, á los tres meses de nuestra intervención.

Vamos á hacer algunas reflexiones sobre los tiempos de la operación y el tratamiento post-operatorio: la principal es que no importa que la coaptación de los fragmentos, después de refrescados, sea regular é inmediata, pues en este caso no quedaron en contacto por todos sus puntos, sino que en alguno quedó separación, y esto no obstante, el callo que se formó fué duro y resistente, como lo prueba el hecho de hacer el individuo de sesenta á ochenta flexiones diarias sobre las piernas por espacio de un mes. Otro punto importante es el de abrir transversalmente la articulación, y al practicar luego la sutura, hacerlo de modo que las aletas de la rótula queden reforzadas, uniéndolas con catgut grueso á los tejidos fibro-periósticos inmediatos.

El tratamiento post-operatorio es muy delicado, porque el masaje debe comenzar pronto, como recomiendan todos los libros; pero ha de hacerse al principio muy suave y *sin forzar* jamás la flexión de la rodilla, para no exponernos á romper el hilo metálico antes de creado el callo, con lo que el fracaso de la operación sería seguro. En nuestro caso, el masaje no entorpeció el proceso de reparación; antes al contrario, terminó con la formación de un callo óseo, tan regular que, como antes dijimos, el individuo quedó completamente útil para el servicio de las armas.

VIRGILIO HERNANDO,
Médico mayor.

Tratamiento del eczema agudo por el tribromofenato de bismuto

Una de las cuestiones que ofrecen más difícil solución en Dermatología es la elección de tratamiento en el eczema agudo, afecto el más frecuente de esta importante especialidad médica.

En presencia de un eczema agudo, la primera pregunta que nos hacemos, llegada la hora de formular, es la siguiente: ¿Convenirán en este caso las pomadas? ¿Estarán indicados, en cambio, los polvos protectores ó astringentes? La contestación no deja á veces de tener sus dificultades.

Si leemos á los autores, veremos que unos se muestran partidarios del uso de los polvos: éstos protegen las partes afectas, las aíslan, las desecan y evitan todo motivo de irritación, por lo cual, espolvoreando *largá manu* varias veces al día la superficie alterada, todo queda resuelto; en cambio, las pomadas y las curas húmedas irritan el eczema, aumentan su fluencia y provocan indefinidamente su duración. Otros, al contrario, dicen que los polvos forman grandes cantidades de costras, que después hay que levantar con las pomadas, con lo que se entorpece y alarga la curación, y aconsejan el uso sistemático de aquéllas, de las pastas y de las curas húmedas (lociones, compresas, cataplasmas, baños, etc.). Hay quien, mostrándose partidario del empleo de los polvos, dice dejen de usarse sólo cuando formen gruesas costras; algunos los creen indicados en las formas de escasa trasudación, debiendo emplearse las pomadas, según ellos, cuando ésta es muy limitada; no faltando, por último, quienes señalan la cura húmeda en el primer período, y los polvos inertes y astringentes al final de la erupción.

Por otra parte, ante un brote de eczema agudo, aunque las prescripciones higiénicas y dietéticas que formulemos influyan mucho en su desaparición (evitar el calor excesivo, así como el frío húmedo, prohibir los alimentos indigestos, regularizar las deposiciones, impedir el manejo de sustancias irritantes, mejorar el estado general, combatir las diátesis, levantar el espíritu, etc.), no por eso debemos olvidarnos de instituir un tratamiento tópico adecuado, tan importante aquí como el plan general impuesto. Es de-

cir, que no debemos ser exclusivistas en la terapéutica, y no dejarlo todo confiado al tratamiento tópico, al tratamiento de la lesión, elemento fundamental de la dermatopatía según la escuela semeiótica ó germano-inglesa, como tampoco debemos fijarnos exclusivamente en el elemento etiológico en los momentos diagnóstico y terapéutico, como pretendió la escuela filosófica ó francesa.

Pero, decididos ya á imponer este plan, y dispuesto el régimen general, llega el momento de decidirnos también á escoger un tratamiento tópico, y entonces vienen las dudas: ¿pondremos los polvos, ó instituiremos el uso de las pomadas? ¿En qué reglas nos apoyamos para formular unos ú otros?

Los autores dan algunas: grado de exudación, tendencia á formar costras, momento de la erupción...; pero concretan poco, y las dermatopatías responden á veces de modos bien distintos.

Mi antiguo maestro, el ilustre dermatólogo Dr. Sota y Lastra, decía, comprendiendo muy bien las dificultades que al novel práctico ofrece esta cuestión: «Después se procura averiguar si en el caso en tratamiento hacen bien los tópicos húmedos, ó se toleran mejor los polvos, ó son más eficaces las pomadas, ó preferibles los aceites, porque no es indiferente hacer uso de uno ú otro de estos medios; pues lo que á unos favorecen, dañan á otros; y salvo las reglas anteriormente expuestas, hay que proceder por tanteo á la investigación del verdadero remedio en cada caso particular. El medio acostumbrado al tratamiento de las dermatosis, pronto descubre lo que ha de ser beneficioso á cada caso particular; y el que no tiene costumbre de tratar estas afecciones, debe atenerse á las reglas expuestas, y proceder siempre por tanteo y con mucha prudencia...» Y yo me digo: interín no llega á adquirirse facilidad para determinar en estos casos el género de tratamiento á seguir, ¿cuántas decepciones no se experimentan? Eczemas, que al cubrirlos de polvo forman costras tan gruesas, que al día siguiente hay que formular pomadas; casos en que éstas, á las pocas aplicaciones, ablandan y maceran tanto, que amenazan prolongar indefinidamente la exudación; ocasiones en que tenemos que saltar del polvo á la cura húmeda y de ésta á aquél, viendo, desorientados y pesarosos, cómo se alarga la duración del proceso cutáneo. Y lo peor es, que el camino á seguir, más que una abundante erudición, lo dicta en estos casos una dilatada experiencia, en la que los triunfos se mezclan con las decepciones, sin que nos ilustren,

sino en muy poco, las reglas generales que respecto á este punto dan los clásicos.

Sí ha de decirse que, en la mayoría de los casos de eczema agudo, los polvos se comportan, por regla general, mejor que los tópicos húmedos; pues éstos á veces irritan tanto, que en ocasiones la simple loción de aseo con agua pura y clara es un motivo evidente de irritación.

Una vez elegido en un caso particular el método tópico á seguir, y supuesto que se acepte el tratamiento seco, nos queda aún otra duda, no tan abrumadora, aunque sí muy importante: ¿qué polvo debe escogerse?

Los que la mayoría de los autores aconsejan son bien conocidos de todos: polvos de óxido de cinc, almidón, talco de Venecia, subnitrate de bismuto, dermatol, licopodio..., sólos ó asociados entre sí, con ó sin la adición de cortas cantidades de ácido salicílico ó de raíz de lirio de Florencia. Sota aconsejaba los polvos de madera vieja tamizados, á los que se les puede añadir una corta cantidad de alcanfor, para combatir la picazón. Puede decirse que todos los polvos protectores indiferentes, emolientes y secantes han sido aconsejados en el eczema agudo. Únicamente se ha rechazado, siguiendo las indicaciones de Jeanselme, el ortoformo, que si bien suprime al principio las comezones, las exacerba en seguida y aumenta la duración de la dermatopatía.

Un polvo que no he visto usar á ningún práctico contra el eczema agudo, es el tribromofenato de bismuto, bismuto tribromofenol ó seroformo. Polvo ligero, es un excelente secante que usamos á diario en Cirugía general, sin que veamos produzca grandes costrosidades ni provoque intoxicaciones, reuniendo, en nuestro concepto, condiciones que le abonan para tratar los brotes de eczema agudo. No irrita, no intoxica, protege, deseca sin formar gruesas costras, no huele mal, es antiséptico, anestesia la parte... ¿Qué más desear? Su composición nos induce á usarlo:

Bromo = Sedación.
Fenol = Antiseptia.
Bismuto = Deseccación.

¿Por qué no es hoy la regla su uso? No lo sé. Sin embargo, puedo asegurar que á él he debido ya algún éxito, y que no pienso olvidarlo cuando se me presente á tratamiento algún caso de eczema agudo.

X. nos presenta un eczema hendidado bi-retro-auricular, que abarca toda la cara posterior de ambos pabellones, y la piel que cubre las apófisis mastoides correspondientes, formando en cada lado una doble media luna unida por su concavidad, una especie de sudadera, que se extiende desde el ángulo que forma el extremo superior de la implantación de la oreja en la cara, hasta el inferior, ofreciendo igual extensión é intensidad en el lado derecho que en el izquierdo. En el punto donde existía esta erupción habían ya aparecido hacía tiempo varios brotes de eczema de corta duración, habiendo quedado la piel sana entre unos y otros. Examinadas con detención las zonas afectas, vemos la piel tumefacta, rubicunda, húmeda, untuosa, sembrada de pequeñas y numerosas erosiones circulares de escasa profundidad, y color rojo vivo, que parecen hechas con la punta de una aguja (*etat punctueux*); unas cuantas costras amarillas, poco gruesas y adherentes, cubren parte de la superficie denudada, que á su vez se rodea de una pequeña zona hiperhemiada. Una profunda grieta cruza en sentido vertical la superficie enferma. El lóbulo de la oreja está muy tumefacto. El estado general es bueno.

Al principio aplicamos polvos de óxido de cinc y almidón, los que formaron una gran cantidad de costras que ocultaban la superficie exudante; costras tan gruesas y adherentes que nos vimos obligados á usar una pomada á base de óxido de cinc, extendida sobre tiras de lienzo, según detalla Lesser. A las primeras aplicaciones de la pomada las costras se desprendieron; pero la exudación se hizo muy abundante y el brote aumentó en extensión, apareciendo al mismo tiempo nuevas placas eruptivas en el carrillo, marcándose cada vez más el punteado rojo y la profundidad de la hendidura retro-auricular; por lo que volvimos al uso de los polvos, empleando primero el talco de Venecia, que despertó vivas comezones, por cuyo motivo se le sustituyó por la fórmula ya usada de óxido de zinc y polvos de almidón. No bien se la había comenzado á aplicar la superficie exudante, se cubrió de nuevo de gruesas y bien adheridas costras, que continuaron á pesar de usar después el polvo de almidón solo; y entonces, visto el mal resultado de la cura húmeda y los inconvenientes que nos ofrecía la seca, aunque ésta no provocase tan evidente agravación de la dermatopatía como los tópicos grasos, decidimos emplear el xeroformo, fundados en las razones ya expuestas.

Desde su primera aplicación la paciente sintió gran mejoría, calmóse el picor, secáronse á las venticuatro ó cuarenta y ocho horas los nuevos brotes, y en dicha fecha veíamos formarse sólo costras delgadas, foliáceas, que se desprendían con facilidad de una superficie uniformemente roja, sin punteado, completamente seca: á los pocos días, las costras no eran sino escamas, y á las tres semanas, sólo quedaba un ligero enrojecimiento que desapareció con rapidez.

Los buenos efectos conseguidos con el xeroformo responden, pues, á su fórmula química, nos autorizan á usarlo en todo caso de brote agudo de eczema, y nos indican á más que es un tópico no apreciado aún como se debe en Terapéutica dermatológica.

JOSÉ PASTOR PÉREZ,
Médico primero.

Barcelona, 15 Septiembre 1914.

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS GONOCÓCICA POR LA DIATERMIA

Es poco conocido este moderno método terapéutico, que ha recibido el nombre de diatermia ó de transtermia, ó el más comprensible de termopenetración. A raíz de su aparición en la terapéutica, hace no más de tres ó cuatro años, publicamos en *El Siglo Médico* un artículo explicando el procedimiento en líneas generales. Desde poco tiempo después, hemos tenido ocasión de poner en práctica dicho procedimiento y de observar la gran utilidad, el inmenso beneficio que de él reciben cierta clase de enfermos.

En mi época de estudio, del año 90 al 96, juzgábase imposible introducir por medios físicos el calor en el organismo humano. La causa de esto se atribuía á que el cuerpo humano se defiende por acción refleja del frío y del calor exteriores. Se logra, á lo sumo, si se aplica, por ejemplo, una vejiguilla de hielo sobre la piel, que descienda algo la temperatura orgánica en un espesor de tejidos de 1 á 3 centímetros. Pero no se podía ni se puede elevar la temperatura en una parte del cuerpo ó en todo él hasta el grado que se

deseo si no se utiliza este nuevo procedimiento eléctrico de la termopenetración. Con este medio, el calor que se produce llega á lo más íntimo de los tejidos y á lo más profundo de los órganos, empapando, digámoslo así, á todos sus elementos. Alguien lo ha considerado, con razón, como la verdadera cataplasma de los tejidos.

Ya Arsonval observó, con las corrientes que llevan su nombre, aplicadas al cuerpo humano, una ligera elevación de la temperatura de éste. Las corrientes de diatermia son una modalidad de las de Arsonval. Así como éstas se caracterizan por la gran frecuencia y elevadísima tensión de sus oscilaciones eléctricas, las de termopenetración están constituídas por una frecuencia extraordinariamente mayor y una tensión ó potencial mucho más baja.

La producción del calor por medio de estas corrientes está fundada en el principio general de electricidad, según el cual, un conductor que ofrece resistencia al paso de una corriente eléctrica se calienta, como la luz y el calor desprendidos por una lámpara de luz eléctrica son resultado de la resistencia que ofrece el hilo de carbón ó de metal al paso de la corriente eléctrica. De forma que, si entre dos electrodos, aplicados directamente sobre la piel de un individuo, hacemos pasar una corriente eléctrica de diatermia, se elevará la temperatura más ó menos en los tejidos comprendidos entre ambos electrodos, según sea la intensidad de la corriente empleada y la resistencia que estos tejidos opongan á la corriente.

La introducción de esta forma singular de electricidad en la Terapéutica se debe á Nagelschmidt, de Berlín, como asimismo la mayor parte del desarrollo que ha adquirido en esta rama de la Medicina.

La significación de la diatermia en Medicina se destacó desde los primeros momentos de un modo sorprendente en la artritis gonocócica aguda. Los excelentes resultados curativos que se obtienen con la diatermia en esta enfermedad, se explican perfectamente considerando que la vida del gonococo se detiene en su desarrollo cuando se le somete á la temperatura de 38° C., y se suspende si ésta se eleva á 40 ó 41° C., durante algunas horas. Este hecho, que experimentalmente está demostrado, lo confirma la clínica.

En la práctica se ha observado que el éxito es tanto más seguro y rápido cuanto más reciente sea el caso de la infección articular gonocócica. Además, conocida la tendencia que la expresada afección ofrece á la anquilosis fibrosa, existen más probabi-

lidades para evitar ésta cuando la infección es de corta duración. Sin embargo, las artritis subagudas y crónicas siguen una marcha muy favorable también, aunque no con la rapidez que las agudas.

El dolor, tan violento que imposibilita en absoluto todo movimiento, en la artritis aguda, es el síntoma que más prontamente cede, iniciándose esta acción analgésica en la primera aplicación para desaparecer completamente á las pocas sesiones. Paralelamente con este síntoma van disminuyendo la tumefacción de los tejidos periarticulares y el aspecto edematoso de los mismos, al propio tiempo que se insinúan y más tarde se acentúan los movimientos de la articulación.

Durante la aplicación de diatermia nótase que la superficie de la piel donde están adaptados los electrodos se calienta y enrojece, provócase sudación copiosa en la misma parte y se aplanan los tejidos inflamados. Transcurridos unos diez minutos, si es mucha la intensidad de la corriente eléctrica empleada, se produce también sudación en el rostro del paciente, que á su vez experimenta sensación del calor.

De lo expuesto se deduce que el pronóstico tan sombrío de la artritis gonocócica ha desaparecido frente á un recurso tan valioso y tan científico como es el de la diatermia; recurso que puede considerarse como ideal, toda vez que calma el dolor desde los comienzos del tratamiento, resuelve la inflamación en unas veintitantas aplicaciones aproximadamente, y evita la pérdida funcional de la extremidad enferma en una afección que suele durar muchos meses y terminar por la anquilosis.

Eitner lleva tratados veintidós enfermos de artritis gonocócica; de ellos, ocho eran de artritis aguda y los demás de artritis crónica. De los ocho quedó interrumpido el tratamiento en dos, por causas diversas, y los otros seis curaron. Obtuvo muy buenos resultados en los casos crónicos cuyas lesiones articulares no eran graves.

Por nuestra parte hemos tratado ocho casos de artritis gonocócicas agudas y subagudas, sin contar dos de epididimitis gonocócica y tres de artritis reumática.

Los enfermos de artritis agudas curaron con veinte ó treinta aplicaciones de diatermia, seguidas de un corto número de sesiones de masaje electro-vibratorio y de movilización pasiva. Los casos subagudos requirieron mayor tiempo, pero curaron también, y se

restableció, aunque incompletamente, el movimiento de la extremidad.

Entre los enfermos tratados figuran: de las articulaciones de la muñeca, pie, rodilla, codo y cadera.

Sirva de ejemplo la exposición del caso siguiente:

J. A., de veinticuatro años, padece de blenorragia, que de pronto se suspende, al mismo tiempo que se le presentan dolores en la muñeca derecha con violenta inflamación. Los dolores son constantes, la inflamación aumentó mucho, y en tal estado permaneció diez y ocho días sin encontrar mejoría en su enfermedad ni alivio en sus fuertes y constantes dolores, los cuales se exacerbaban notablemente á los movimientos y obligábanle á llevar el brazo en cabestrillo. Existe, además, impotencia funcional de toda la extremidad respectiva. Durante este tiempo ha sido tratado por los salicilatos y la aspirina al interior, pomadas de belladona y mercurial, *loco dolenti*, y últimamente por inyecciones de suero antigonocócico, todo sin resultado beneficioso alguno.

Estado actual: Inflamación violenta de toda la mano; dolores constantes, que se exacerbaban á los movimientos y á la presión; edema de los dedos; impotencia funcional completa de toda la mano y aun de la extremidad respectiva, que lleva en cabestrillo por ser la única posición que tolera.

Tratamiento: Diatermia, de veinte minutos de duración. Durante ésta se enrojece la piel al nivel de los electrodos, se calienta mucho y suda copiosamente en dicho punto; á los diez minutos, sudor abundante en la frente y calma inmediata del dolor. Este disminuye cada vez más en sesiones sucesivas, hasta la quinta, en que desaparece totalmente, y sólo se provoca con motivo de los movimientos voluntarios ó adquiridos. La hinchazón disminuye notoriamente; comienzan espontáneamente los movimientos de los dedos y de la muñeca. Terminación: curación. Número de aplicaciones de diatermia, diez y nueve. De masaje electro-vibratorio, seis. El enfermo puede valerse de la mano para todas sus necesidades y para el trabajo.

B. NAVARRO CÁNOVAS,

Médico mayor.

Algunos de los últimos trabajos de la Escuela Médico-legal de Lieja.

G. CORIN Y STOCKIS: Recherche de la silice dans le cœur des noyés.
Congrès de Médecine légale de la langue française. Paris, 1913.

Corin y Stockis han demostrado que en el curso de asfixia por sumersión, las partículas silíceas en suspensión en el líquido de sumersión penetran por las vías respiratorias en la sangre; han basado en esta demostración un procedimiento de diagnóstico, consistente en examinar la sangre de los dos corazones con la ayuda del microscopio polarizador. Este procedimiento ha sido objeto de críticas: varios autores han demostrado que los líquidos empleados (antiformina, agua destilada, ácidos) presentan igualmente partículas brillantes en el microscopio polarizador.

Corin y Stockis han perfeccionado su procedimiento de la manera siguiente: Dosifican en las cenizas del corazón y de la sangre recogida en la autopsia con las precauciones convenientes, la silíce que puedan contener.

Mientras que el corazón y la sangre de individuos normales no contienen más que indicios de silíce, el corazón y la sangre del corazón de individuos ahogados contienen cantidades á veces considerables. Se pueden encontrar de diez á veinte centigramos de silíce en los casos de sumersión.

E. STOCKIS: Méthodo de photographie des empreintes sur les objets convexes. *Archives Internationales de Médecine légale.* Vol. IV, 1913.

El estudio teórico de microfotografía le ha conducido á Stockis á proponer la sustitución de la placa fotográfica rígida por la película cóncava en la reproducción de las superficies abombadas, y la práctica parece demostrar los buenos resultados que se obtienen con este método.

Este método puede servir particularmente para la fotografía de las huellas digitales y de los proyectiles de armas de fuego.

Los estudiosos deberán consultar, además de la monografía original, otra de Stockis: «Méthode photographique pour l'identification des projectiles d'armes á feu, Compt-rendu du 2^{me} Congrès

de Méd-leg.» París, 1912, pág. 177.—Leclercq, Guénes y Noailles: «Les pistolets automatiques au point de vue médico-legal.» *Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. leg.* Febrero 1913.

WELSCH: Étude des lésions de l'empoisonnement par l'hydrogene phosphoré. *Archives Internationales de Médecine légale.* Vol. IV, 1913.

Welsch ha observado en sus experimentos que el hidrógeno fosforado produce fenómenos de paresia ó de parálisis muscular. El examen de los fenómenos exteriores ha hecho observar estas alteraciones en los músculos de los miembros y del cuello, y permitido suponer que tenían lugar análogos fenómenos en los músculos respiratorios. El estudio gráfico de las modificaciones respiratorias ha demostrado que los músculos respiratorios no se libran de esta acción paralizante, y que las consecuencias graves de esta impotencia muscular provocan más ó menos rápidamente fenómenos de asfixia, que se acompañan de las convulsiones clásicas si los centros eran aún excitables y si los músculos no estaban aún paralizados en el momento que en la asfixia había cierto grado de intensidad.

El músculo cardíaco muestra igualmente trastornos paréticos; pero su parálisis completa parece terminar la serie de síntomas de intoxicación. Los trastornos cardíacos originan una disminución de la presión sanguínea.

Es posible que los músculos de los vasos sufran igualmente la influencia del tóxico; es cierto siempre que la presión sanguínea cae gradual y completamente, y que este descenso, en parte, es independiente de las modificaciones de la frecuencia de las pulsaciones, como el autor ha visto en algunas experiencias.

La disminución de la actividad muscular se traduce por la disminución del oxígeno. Este consumo se reduce rápidamente; puede ser nula aun durante las convulsiones.

Las lesiones observadas en la autopsia son poco características; traducen los síntomas de asfixia durante los últimos momentos de la vida.

Los animales empleados para los experimentos presentaban todos hiperhemia de los órganos internos, especialmente del pulmón y del intestino con sus anejos. Frecuentemente se observa también la hiperhemia cerebral.

En algunos casos se encontraron equimosis subpleurales; en otros, los bronquios estaban cubiertos de espuma incolora ó rosada (cuando el tóxico había sido administrado por inhalación). En un solo caso se observó la existencia de un edema pulmonar intenso.

La sangre, de color negro siempre. El hidrógeno fosforado no parece persistir mucho tiempo intacto en la sangre; no se le puede encontrar más que con la condición de saturar la sangre *in vitro*.

Welsch ha investigado también si la sangre de los animales que habían sucumbido á la intoxicación no contenía indicios apreciables de ácido fosforoso. Los resultados fueron dudosos; sin embargo, la reacción de este ácido ó de sus sales puede ser aplicada sistemáticamente en cada caso en que se sospeche un envenenamiento por el hidrógeno fosforado.

El hidrógeno fosforado es un gas muy tóxico. Ejerce su influencia nefasta, aun cuando no exista en la atmósfera más que al estado de indicio, tanto más, cuanto que su acción se acumula.

DR. A. LECHA-MARZO,
Médico primero (R. F.).
Catedrático de Medicina legal
en la Universidad de Granada.

V A R I E D A D E S

El día 20 del pasado, á las once y media de la mañana, tuvo lugar, en el Paraninfo de la Universidad Central, la solemne sesión inaugural del segundo Congreso de Sanidad Civil, bajo la presidencia del Ministro de la Gobernación, quien dedicó entusiastas frases á la Sanidad española, prometiendo todo su apoyo para la aprobación de la ley de epidemias y la dignificación de los Médicos titulares.

En un elocuente párrafo elogió el Sr. Sánchez Guerra la labor del Sr. Martín Salazar, nuestro querido Director, de quien dijo era su fiel colaborador en materia sanitaria.

Terminó tan interesante reunión con el nombramiento de ponencias de gran trascendencia para la clase.

En las oposiciones recientemente celebradas en San Carlos, para la provisión de Cátedras de Anatomía, vacantes en las Facultades de Madrid y Salamanca, ha tomado parte de manera muy lucida el Médico primero Sr. Trias y Pujol.

*
* *

Ha sido agraciado con la Gran Cruz de Isabel la Católica el Dr. D. Sebastián Recasens, Médico de la Real Cámara, Catedrático de esta Facultad y eminente tocólogo, que asistió á S. M. la Reina en su último alumbramiento.

*
* *

Hace pocos días fueron presentados al Sr. Ministro de la Guerra los nuevos carruajes automóviles para el transporte de heridos y enfermos, que acaban de construirse con arreglo al modelo presentado por el Parque de Sanidad, de esta Corte.

Dichos vehículos fueron muy elogiados por las Autoridades y personal del Cuerpo, que alabaron sus condiciones, y seguramente serán el punto de partida de una etapa beneficiosa para el Cuerpo, pues tanto el actual Ministro de la Guerra, como el Jefe de la Sección de Sanidad Militar, han tomado el mayor interés en proporcionar al Ejército estos modernos medios de transporte, que tan excelentes servicios prestan, así en la guerra como en la paz.

*
* *

En el Concurso celebrado durante el pasado mes, para cubrir varias plazas vacantes de Farmacéuticos segundos de la Armada, tomaron parte 24 aspirantes.

*
* *

Por iniciativa de distinguidas personalidades, trátase de erigir un monumento, á la memoria del Conde de San Diego, en los terrenos próximos á la entrada del Instituto Rubio, en la Moncloa.

Al efecto se ha iniciado una suscripción entre la clase médico-farmacéutica, repartiéndose circulares que firma la Comisión organizadora del merecido homenaje al sabio ginecólogo.

*
* *

Ha sido nombrado Jefe de clínica, en el Instituto Rubio, el doctor D. Miguel Sloker de la Rosa, antiguo Médico militar y reputado cirujano del Hospital de la Princesa.

*
* *

El Dr. Hans Reck, miembro del Instituto Geológico de la Universidad de Berlín, dice haber descubierto en Oldoway, al Norte del Africa oriental alemana, un esqueleto humano, que ha de llamar la atención de los antropólogos.

Según el citado doctor, el cráneo es largo y estrecho, la mandíbula saliente como la de los individuos de la raza negra; las costillas y otros huesos del tórax semejantes á los de los simios, y la órbita y el arco nasal parecidos á los de los primitivos bosjemanes de Africa. La dentadura es completa, tan completa, que, según el correspondiente de *The Times*, en Berlín, de quien tomamos estas noticias, consta de 36 dientes.

Opina el Dr. Reck que puede atribuirse á este esqueleto una antigüedad remotísima perteneciente al período diluvial africano, que coincidió con la época de los glaciares en Europa.

Muy aventuradas son semejantes hipótesis, y en casos análogos han tenido que rectificarse las primeras afirmaciones.

*
* *

El ilustre Colegio de Farmacéuticos de Madrid ha calificado los trabajos presentados al Concurso que organizó para conmemorar el 177 aniversario de su fundación.

Al tema primero, «Valor de las reacciones biológicas y bacteriológicas en las investigaciones químicas», premio del Colegio, de 500 pesetas y diploma de socio exento, se han presentado cuatro trabajos que se distinguen con los temas: «Jaungoikoa», «¿Dónde está el eslabón que une la química con la bacteriología?», «*Bene vixit qui bene latuit*», y «La quimioterapia como resultado de la aplicación de las reacciones biológicas y bacteriológicas á la investigación química», habiendo obtenido el premio el que lleva por lema «La quimioterapia, etc.», y mención honorífica la que tiene «¿Dónde está el eslabón?, etc.»

Al tema segundo, «Aspecto farmacéutico de la bacteriognosa

práctica», premio de la Junta de gobierno y Mesas de las Secciones, no se han presentado trabajos.

El premio Bayod, «Significación técnica del Farmacéutico en la Sanidad pública y cargos oficiales que puede desempeñar en ella», no ha sido otorgado, habiéndose concedido el accésit á la Memoria «Resurrección».

Los agraciados con los premios fueron los Farmacéuticos don Juan Bautista Gómiz y D. J. Máuriz Riesgo.

*
* *

Ateneo del Cuerpo de Sanidad Militar.—Resueltos los trámites indispensables que la ley exige para estos actos, el sábado, 5 de Diciembre, á las seis en punto de la tarde, se celebrará la solemne sesión inaugural del Ateneo del Cuerpo, en el local que ocupa la Academia Médico-Militar (Altamirano, 33).

El acto, que promete ser brillantísimo, será presidido por la Autoridad militar, y después de la lectura de la Memoria de Secretaría pronunciará el discurso inaugural el Subinspector Médico D. Jerónimo Pérez Ortiz, Presidente de la Corporación.

Serán invitadas representaciones de todas las Armas y Cuerpos, y se citará á cuantos Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios militares se encuentren en Madrid.

Si alguno de ellos no recibiese con tiempo oportuno su citación personal, le rogamos, en nombre de la Junta directiva, tenga ésta por hecha.

Uniforme, media gala.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Úlceras gástrica y duodenal.—En el IV congreso internacional de Cirugía, celebrado en Nueva York, en Abril del corriente año, se ha discutido este interesante asunto. A

continuación exponemos las conclusiones de los ponentes, Dr. Payr, Dr. Hartmann y Dr. Lecene:

I. Dr. Payr. 1.º Desconocemos todavía muchas cuestiones de la

química biológica de las paredes de estomago é intestino, para formular teorías patogénicas precisas. Frente á la teoría anatómica de la lesión vascular (trombosis, embolia, esclerosis) se ofrece la teoría del espasmo vascular, que tampoco explica satisfactoriamente todas las cuestiones, y que presupone una alteración nerviosa del vago ó del simpático anterior al espasmo. Elementos mecánicos é infecciones juegan un gran papel en su presentación y forma.

2.º La úlcera del duodeno presenta dos formas principales: *a)* de la pared anterior, más propicias á la perforación; *b)* de la pared posterior, cuyo riesgo principal es la hemorragia. No existe una separación precisa entre úlcera gástrica y duodenal, ni por su cuadro sintomológico, ni siquiera en las investigaciones post-mortem.

3.º La úlcera gástrica puede ser el origen de un carcinoma, y lo mismo sus cicatrices. No es posible distinguir clínicamente en todas ocasiones un cáncer ulcerado que asienta en una vieja úlcera de una úlcera callosa, sobre todo en los carcinomas con infiltración fibromatosa de las paredes gástricas.

4.º La úlcera duodenal no es terreno á propósito para el desarrollo de carcinomas.

5.º La úlcera callosa del ventrículo debe ser reseca si es posible, sobre todo las que asientan en la pared posterior de curvadura menor lejos del píloro. En los demás casos, la operación de elección es la gastro-enterostomía. La excisión da resultados muy deficientes.

6.º La excisión ó resección de la úlcera duodenal debe reservarse para casos de hemorragias recidi-

vantes, temor de perforación ó de cáncer.

7.º La operación más indicada en la úlcera duodenal es la combinación de la gastro-enterostomía con la unilateral exclusión del píloro, que puede unirse á la suspensión del estómago. Las demás operaciones no son de resultado seguro.

8.º Cuando se reseca el píloro con una úlcera que en él asienta, se recomienda colocar el estómago según el tipo Billroth II. Para las úlceras de la pequeña curvadura en su pared posterior, da buen resultado la resección transversal con sutura axial del muñón.

9.º Con objeto de evitar la formación de la úlcera pepto-yeyunal, recomiendan algunos, en los casos de gran hiperclorhidria, la anastomosis del estómago con la parte superior del yeyuno, y otros una amplia anastomosis gastro-duodenal. Los dos procedimientos son inseguros.

10. En las úlceras gástricas callosas y en las duodenales, después de la gastro-enterostomía se recomienda, durante un año, el tratamiento interno por la atropina y los alcalinos.

11. La gastro-enterostomía da los mejores resultados en las estenosis cicatriciales del píloro; en los demás casos proporciona un 50 por 100 de éxitos aproximadamente.

12. La mortalidad en las resecciones, sobre todo en las transversales, es pequeña: un 10 por 100; pero hay que añadir los casos de muerte tardía por perforación, hemorragia, úlceras intestinales, etc., y siempre es mayor que la de la gastro-enterostomía.

II. Conclusiones de los doctores Hartmann y Lecene: 1.º La fre-

cuencia de la úlcera duodenal, en relación á la pilórica, es en Francia como 1 á 10. La sintomatología no es bastante para diferenciarlas, pues sólo indica espasmo pilórico. Como el trayecto de la vena pilórica es distinto en los individuos, su localización anatómica no es siempre factible.

2.º En el fondo de las úlceras callosas hay alteraciones nerviosas que explican el dolor. No es tan frecuente como se dice la presentación del cáncer en estas úlceras; á lo sumo, se presenta en un 20 por 100 de casos. Más frecuente es la coexistencia de úlcera y gastritis parenquimatosas.

3.º El examen radiográfico es de gran valor para diagnosticar la úlcera gástrica, y sirve poco para la pilórica.

4.º El tratamiento debe ser distinto en cada caso. Aparte de las indicaciones absolutas de hemorragia, perforación, etc., se ensayará primero el tratamiento médico. La operación preferible es la gastro-enterostomía posterior retrocólica para todas las úlceras que asientan en las inmediaciones del piloro. Las indicaciones de la exclusión pilórica no están bien determinadas. Si hay sospecha de carcinoma, se hará una piloroectomía con gastro-enterostomía después de cerrar las heridas de la resección pilórica. Si una úlcera callosa de la pequeña curvatura es sospechosa de cáncer, se escindiré ó se hará una resección parcial del estómago y una gastro-enterostomía; pero esta operación da todavía una mortalidad elevada.— (*Deut. Med. Woch.*, 1914, núm. 24.)
—F. G. D.

* * *

Vacunación jenneriana accidental.—El Médico mayor del Ejército francés, M. Bilit, fué atacado de varioloides en 1907, durante la epidemia de Toulouse, hallándose vacunado con éxito siete meses antes.

En 1913, éste mismo Médico militar vacunó 700 reclutas en una tarde, y por la noche comprobó la presencia de una ampolla al costado del índice derecho, dedo contra el cual había apoyado el vacinostilo durante la larga sesión. Pasaron algunos días sin incidente; pero hacia el octavo, la ampolla se transformó en pápula y vesícula. Esta última se puso á supurar, é hizo creer en un panadizo del índice, dadas las dimensiones y la considerable linfagitis de vecindad. Un Médico la incide, y se escapa una serosidad de aspecto cetrino.

Tres días después, una hermosa *pústula vacinal típica* se desarrolla sobre esta ampolla y sobre el pretendido panadizo. Inflamación de vecindad, adenitis cervical, aparecieron al propio tiempo que algunos fenómenos de postración y raquialgia. La cicatrización se hizo sin accidente al cabo de diez días solamente.

De este ejemplo de *pústula vacinal accidental* pueden deducirse las siguientes conclusiones:

1.ª El Dr. Bilit, vacunado con éxito en 1907, tuvo, sin embargo, una varioloides el mismo año, y este ataque no le ha impedido hallarse en estado de receptividad, y ser vacunado con éxito en 1913. De donde la inmunidad conferida por un ataque de viruela ó una vacunación, no es tan larga como se pretende.

2.ª Todo Médico que practica la vacunación, debe ante todo pensar

en una reacción vaccinal, cuando sobre uno de sus dedos se desarrolle una ligera pápula con reacción local bastante intensa.

Seguramente que, en el caso precitado, la incisión debida al diagnóstico de panadizo no ha hecho más que prolongar la infección y retardar la curación de la pústula, que había evolucionado más presuntamente.

3.^a La necesidad, para el Médico que vacuna, de actuar con prudencia y de proteger su indice por lo menos con un dedo de caucho.— (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques.*)—J. P.

* *

Meiostagmorreacción en los tumores malignos, por el Dr. Hara.—Según este autor, la reacción del complemento y la meiostagmorreacción son utilizables para el diagnóstico de los tumores malignos, aunque carezcan de la especificidad deseada. Su técnica para la última es como sigue: Como antígeno se sirve de los ácidos ricinólico y linólico, a. a. 2 gr., disueltos en alcohol absoluto, hasta completar 100 c. c. Se toma 1 c. c. por medio de la pipeta de Izar; se coloca en el fondo de un tubo de ensayo bien limpio y se mezcla con 1 c. c. del suero, no hemolítico, que se va á investigar. Por último, se añaden 9 c. c. de la disolución de Cl Na, al 0,85 por 100, y se mezcla sin fuertes sacudidas. Se lleva entonces al viscofalagmómetro de Traube, y seanota el volumen de 12 gotas. Hecho esto, se calienta al baño-maria hasta 50°, y se deja en seguida enfriar hasta su temperatura primitiva, repitiendo entonces en el

aparato la anotación del volumen de las 12 gotas. Cuando hay más de 7 divisiones de diferencia, la reacción es positiva; si hay menos de 5, es negativa; y se considera como dudosa en casos en que aquélla es de 5 ó 6 divisiones. Todavía es más sensible esta reacción cuando se reemplaza la solución salina por una de azúcar.

En 34 casos de investigaciones con suero de cancerosos, la reacción fué positiva; en 24, con la disolución de Cl Na; en 27, con la disolución de azúcar, y en 19, con la reacción del complemento. Fuertes sacudidas hacen que la reacción sea negativa en casos de tumores; por lo que la investigación de sueros recogidos á distancia del laboratorio, y enviados por correo, etc., es defectuosa. Se encontró reacción positiva igualmente en enfermos de pneumonia (dos casos), apendicitis (seis casos), enfermedad de Hodgkin, y en una hermana de un carcinomatoso que estaba sana clínicamente. Este caso y dos de los enfermos de apendicitis reaccionaron igualmente con la investigación del complemento. No hubo correspondencia entre los resultados de ambas reacciones en los cancerosos. Casos en que una fué positiva, la otra fué negativa; sólo en un caso fueron las dos negativas. Por esta razón, conviene emplear las dos, supuesto que sus resultados se complementan.—(*Deut. Med. Woch.*, 1914, núm. 25.)—F. G. D.

* *

Las fugas en el paludismo.—El Dr. Porot ha publicado en *Tunisie Médical*, con el título de «Fugas y suicidio por onirismo en el curso de las enfermedades infecciosas», una

observación de fuga, en el curso de un acceso palúdico de primera invasión en un hombre no alcohólico.

Estima que esta fuga, incluso en el ciclo del acceso, puede dar nacimiento á accesos delirantes impulsivos hasta llegar á la fuga, a propósito de la cual expone las consideraciones siguientes:

La brutalidad de la fiebre en el acceso palúdico se presta muy especialmente á la frecuencia de éstas fugas, que nada puede hacer prever. Tales accesos son bien conocidos de los médicos coloniales, y de los médicos militares que han estudiado el paludismo en otras ocasiones (Kelsch, Colni).

Se admite que los accesos perniciosos no tienen lugar más que en antiguos palúdicos. Según aquel caso, se ve que un paludismo de primera invasión puede producirlo.

El acceso delirante con fuga parece ser, de todos los accesos perniciosos, uno de los más raros; se le ve con menos frecuencia que el acceso comatoso, por ejemplo.

Se encuentra citado un caso de

observación muy típica en el Tratado de Patología exótica de Grall y Clarac (tomo I, pág. 341). Un indígena, al sexto día de hospitalización, toma la huida, y no se le encuentra hasta una distancia de 40 kilómetros de su puesto de partida; no recuerda más que vagamente su fuga, y declara que se sintió impulsado por una fuerza irresistible, sin objeto fijo para su avance; pero en este caso había habido en los días precedentes un delirio premonitorio.

Una vez más se comprueba que el delirio de las enfermedades agudas, en todas sus formas, no es forzosamente un delirio alcohólico, y que si todos los accesos tienen semejanzas, también en las infecciones (el paludismo), como en las intoxicaciones propiamente dichas, si los pacientes tienen la misma fórmula, tiene también el mismo determinismo psicológico, el onirismo, función de la toxi-infección, cualquiera que ella sea.—(*Le Caducée*, 1914).
J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Las bajas de Médicos militares en el Ejército alemán, durante la guerra actual.—Mientras que en la guerra franco-alemana de 1870, de un total de 4.062 Médicos alemanes sólo murieron 9 en el campo de batalla, 2 por heridas y 55 por enfermedad, en esta guerra las pérdidas

han sido enormes, sobre todo en Bélgica. Se hace constar que los muertos en el campo de batalla son 72; heridos, 37; desaparecidos, 13; muertos en hospitales, 8; y prisioneros, tres. En el Ejército austriaco las pérdidas han sido más en armonía con las de otras campañas, y

en la misma fecha eran: muertos, 9; heridos 25; y desaparecidos, uno. Han obtenido la cruz de hierro 118 Médicos alemanes. De la mortalidad de Médicos en los Ejércitos aliados no tenemos noticias precisas.— (*Deut. Méd. Woch.*, 15 Octubre 1914. *F. G. D.*)

* * *

Los trenes militares en la India inglesa.—En la India, todo el movimiento de tropas, que es constante, no sólo por los relevos de unidades, sino también el individual ó de reemplazo, se efectúa por los ferrocarriles; pero como las distancias son muy grandes y la marcha de los trenes lenta y con innumerables paradas, resulta muy larga la duración de los viajes, y es necesario tomar ciertas medidas de comodidad, entre las cuales merecen notarse la gran amplitud concedida á cada viajero, el usar exclusivamente coches corridos con comunicación entre si, muy bien ventilados y defendidos del calor, y dotados de water closets, lavabos y depósitos de agua fresca para beber, y sustentados por «bogies» que suavizan el movimiento. Las comidas calientes están preparadas en las estaciones en que los trenes paran algún tiempo y en horas adecuadas.

Recientemente se han introducido en estos trenes dos mejoras que han merecido la aceptación general: la primera de ellas, la instalación de un departamento cantina donde, á precios moderados, pueden adquirirse galletas, manteca, huevos, fiambres, latas de conservas, té y café, ya preparado y caliente; aguas minerales y gaseosas frías y bebidas alcohólicas. Estas cantinas

están administradas por un sargento veterano.

La segunda mejora consiste en un departamento-enfermería, para atender á los casos que se producen durante el viaje, y que, aparte de los accidentes, suelen ser en aquel país cólicos, diarreas ú otras dolencias semejantes. El departamento-enfermería está situado hacia el centro del tren, para que el movimiento sea suave, y en un coche de primera ó de segunda clase con corredor, cuyos asientos se disponen como literas, y que está dotado del utensilio necesario para uso de los enfermos, y de ropas de cama, contando además con un botiquín, bolsas de cirugía, pequeña cocina, water-closets, depósito de ropa sucia, y un lavabo provisto de ducha. El personal lo constituyen, además de un Médico, un sargento practicante (administrador), y uno ó dos soldados enfermeros y asistentes. No se permite, bajo ningún pretexto, á persona sana viajar ni aun permanecer en el departamento enfermería, aun cuando esté vacío.

Los Oficiales se quejan de que, por ser en corto número en cada tren, se les transporta en coches antiguos de cuatro ruedas, que no tienen ni el buen movimiento ni las comodidades de los modernos de «bogie», y que, aunque son de primera clase, resultan peores que los de tercera destinados á la tropa, sobre todo para un viaje largo.— *J. P.*

* * *

Las bajas de la guerra en Bulgaria.—El Gobierno de este país ha publicado la siguiente estadística oficial de las bajas que sufrió su ejército en las guerras que acaba de

sostener, primeramente contra Turquía, y después contra sus aliadas y Rumanía.

En la guerra contra Turquía:

	Muertos.	Heridos.	Desaparecidos.
Oficiales...	312	915	2
Tropa.....	29.711	52.550	3.103
<i>Totales.</i>	30.023	53.465	3.106

En la guerra contra Servia, Grecia, Montenegro y Rumanía:

	Muertos.	Heridos.	Desaparecidos.
Oficiales...	266	816	69
Tropa.....	14.602	50.350	4.560
<i>Totales.</i>	14.868	51.166	4.629

Del total de heridos de ambas campañas quedaron 10.000 completamente inválidos.—(*Memorial de Infantería*, Octubre 1914.)

* * *

La locura en los Ejércitos en campaña.—Después de la guerra ruso-japonesa y previo estudio de sinnúmero de documentos referentes á las guerras europeas de 1866 y 1870, el Dr. Vialatte, de Lyon, publicó un buen tratado sobre este asunto, del que copiamos las siguientes conclusiones:

1.^a Se nota en los Ejércitos en campaña aumento muy sensible de los casos de enfermedades mentales

con relación á las cifras del tiempo de paz.

2.^a De la suma total de los enfermos y de los heridos puede colegirse una proporción calculada en un 4 por 100.

3.^a Además de las causas etiológicas transitorias (intoxicaciones, infecciones diversas, emociones, etcétera), conviene señalar la acción, todavía mal definida, de las grandes explosiones. El alcoholismo tiene muy marcada influencia etiológica y casi preponderante.

4.^a La guerra no provoca forma determinada de psicosis. Los acontecimientos de la guerra no influyen necesariamente sobre el color del delirio, pero se comprueba un marcado predominio de los estados depresivos.

5.^a Conviene preparar cumplida asistencia psicométrica en campaña y particularmente asegurar la separación de los alienados en las mejores condiciones posibles.

6.^a Dada la importancia de las predisposiciones morbosas, las medidas profilácticas en tiempo de paz deben tender á descubrir y á eliminar á los anormales, así como á combatir, por todos los medios, el alcoholismo en los Ejércitos.

Tales hechos tienen una explicación muy racional dentro de la etiología de las psicopatías.

Entre otras fatales consecuencias, causa horror el considerar la que tendrá la presente guerra europea en el terreno de la patología mental.—(*Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales*, Septiembre 1914.)

BIBLIOGRAFÍA

Los retrasados escolares (anormales). — Conferencias médico-pedagógicas por el Dr. Nathan y los Sres. Dürot, Gobron y Priedel. Traducción de Santos Rubiano.— Precio, 6 pesetas.

Aunque en estos últimos tiempos se han ocupado con gran lucimiento algunos autores de la Psiquiatría aplicada á la Pedagogía, emitiéndose notables informes en los recientes Congresos de Pediatría, y haciéndose también cargo de ello las instituciones oficiales y privadas que ejercen el alto patronato infantil, los trabajos referentes á tan delicado extremo de puericultura se hallaban dispersos, y sin la extensión que el conocimiento, cada vez mayor, de estos problemas médico-sociales, ha sugerido á los especialistas.

En la obra que nos ocupa se seleccionan las cuestiones derivadas de la educación escolar de los anormales en diez y siete lecciones, agrupadas en diversos cuestionarios, relacionados con la autoridad científica de cada uno de los autores.

Así, el Dr. Nathan se encarga de las diez primeras lecciones, consagradas especialmente á la anatomía y fisiología del cerebro como estudio preliminar, indispensable para las deducciones razonadas que después se establecen acerca de los estados anormales de la mentalidad, ocupándose también, como importantes secuelas de dicho estudio, del de la sensibilidad y emocionabilidad normales y patológicas, inteligencia y sus perturbaciones, voluntad y moralidad; el del retrasado, desde el punto de vista físico y de las principales psicosis infantiles, finalizando estos capítulos con uno consagrado á la pubertad.

El Sr. Dürot se ocupa á su vez del examen médico-pedagógico, de la educación física, intelectual y moral; de la organización interna de las escuelas y del importante cuestionario médico, pedagógico y social de la utilización de los retrasados.

A cargo de M. Gobron, doctor en Derecho, se halla la parte dedicada al estudio de la legislación francesa, relativa á los niños

retrasados; dedicándose la última lección á la descripción de las instituciones para anormales en el Extranjero, trabajo encomendado al Sr. Priedel, Subdirector del Museo Pedagógico.

La falta de espacio nos obliga á prescindir del análisis de cada uno de dichos capítulos, que contienen muy provechosas enseñanzas, con arreglo á los métodos más modernos, siguiéndose la evolución del anormal paso á paso, desde los trastornos dependientes de su alojamiento intrauterino, hasta la rigurosa selección de sus aptitudes para decidir el porvenir de esos futuros ciudadanos.

Preside á dichos notables capítulos un espíritu nobilísimo y altruista, que producirá seguramente gran fruto en la educación de los anormales y en la sociedad en general, que encontrará el medio de alejarse de sus peligros, aprovechando sus utilidades y aptitudes más ó menos abolidas en los frenastésicos, con arreglo á su rudimentaria tara mental; pero no muy mermadas en la pléyade de histéricos, epilépticos, neurasténicos, coreicos, amorales, dipsómanos, impulsivos, etc., ó en los que, gozando de completa integridad psíquica, acusan lesiones sensoriales irremediables.

La obra que nos ocupa, traducida correctísimamente por nuestro compañero el Médico mayor Sr. Rubiano, llena un considerable vacío en la moderna Pedagogía, y está llamada, en unión de las escuelas ya establecidas para el tratamiento médico-pedagógico de los anormales, en Alemania, Francia y Bélgica principalmente, á prestar un señalado servicio á la sociedad contemporánea.—J. P.

SECCIÓN OFICIAL

- 3 Noviembre.—Real orden (*D. O.* núm. 255) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico segundo D. Miguel Guirao Gea.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 256) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Pío Brezosa Tablares, D. Salvador Sausa-

- no Vives y D. Adolfo Azoy Alcaide, y al Médico primero D. Alberto Blanco Rodríguez.
- 11 Noviembre.—Real orden (*D. O.* núm. 255) declarando aptos para el ascenso, cuando por antigüedad les corresponda, á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Isidro Lorenzo González Alberú, D. Fernando Cano de Santayana Guibert, D. Federico Baeza Gozávez, D. Juan Benedid Borao, D. Luis Berdejo Pareja, D. Emilio Muñoz Sevillano, D. Fermín Videgain Anoz, D. Tomás Aizpuru Mondéjar, D. Félix Estrada Catoyra, D. Antonio Moncada Alvarez, D. Anacleto Cabeza Pereiro, D. José Pastor Ojero, D. Luis Sánchez Fernández, don Pedro Cardín Cruz, D. Rafael López Jiménez, don Paulino Fernández Mariscal, D. Pedro León Jiménez, D. José Lorente Gallego, D. Miguel de la Paz Gandolfo y D. Nicanor Cilla Arranz; á los Médicos mayores D. Eduardo Cisneros Sevillano, D. Manuel Molin Guerra, D. Valentín Suárez Puerto, D. Rodrigo Moya Litrán, D. Justo Muñoz Garcia, D. Diego Naranjo Moreno, D. Cándido Navarro Vicente, D. Sixto Martín Miguel, D. César González Haedo, D. José del Buey Pagán, D. Cándido Herrero Lacaba, D. Manuel Cortés Barrán y D. Luis Fernández Jaro, y al Médico segundo D. Julián Conthe Monterroso.
- 12 » Real orden (*D. O.* núm. 256) concediendo el retiro para Madrid al Subinspector Médico de primera clase don Rufino Lomo Zugasti, por haber cumplido la edad reglamentaria para obtenerlo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 256) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Guipúzcoa al Medico mayor D. Antonio Horcada Mateo.
- 13 » Real orden (*D. O.* núm. 257) disponiendo se recuerde á los Generales, Jefes y Oficiales que viajen haciendo uso de la cartera militar, el cumplimiento exacto de las prevenciones que se determinan en los artículos 16 y 20 de la Real orden circular de 5 de Diciembre de 1911 (*C. L.* núm. 222) y en las prevenciones que en la misma se determinan (obligación de presentar el talón en la taquilla y de llenarlo debidamente).

- 14 Noviembre.—Real orden (*D. O.* núm. 258) disponiendo que el gasto de 6.980,50 pesetas, á que asciende el material sanitario remitido por el Parque de Sanidad Militar con destino á la segunda compañía mixta de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, sea con cargo al capítulo 2.º, artículo 8.º de la sección cuarta del vigente presupuesto.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 260) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Fidel Lombana Sáez, D. Ramón Fiol Jiménez y D. Pedro Zapatero Vicente; á los Médicos mayores D. Aurelio Salceda Salceda, D. Enrique Solano Alemany, D. Diego Brú Gomis y D. Joaquín Aller Auge, y á los Médicos primeros D. Eduardo Suárez Torres, D. Federico González Deleito y D. Manuel Meléndez Castañeda.
- 16 » Real orden (*D. O.* núm. 258) disponiendo que el Médico provisional D. Ramón Torra Basols cause baja en el Cuerpo, á solicitud propia, y que continúe figurando en la Reserva facultativa del mismo hasta cumplir su compromiso con el Ejército.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 259) concediendo la gratificación de 1.500 pesetas anuales al Subinspector Médico de segunda clase D. Federico Baeza Gozávez, Jefe de estudios de la Academia Médico-Militar.
- 17 » Real orden (*D. O.* núm. 262) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. José Romero Aguilar y D. José Lasmariás Rubira; al Médico primero D. Elio Díez Mato, y al Médico provisional D. Emeterio Ares Nieto.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 260) dando reglas, con carácter provisional, para la constitución de la escala de Oficiales y clases de la Reserva gratuita, duración y naturaleza de los estudios á que deben someterse, constitución de tribunales, servicio que han de practicar en los Cuerpos y dependencias, propuestas de ascensos y demás pormenores necesarios para la ejecución de este precepto.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 261) concediendo licencia para

- contraer matrimonio al Médico primero D. José Palanca Martínez Fortún.
- 20 Noviembre.—Real orden (*D. O.* núm. 262) disponiendo cambien entre sí de destino los Médicos primeros D. Fernando Marzo Abecia, con destino en el Regimiento Infantería del Infante, núm. 5, y D. Isidro Sánchez Fairen, del Hospital de Chafarinas.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 262) disponiendo cambien entre sí de destino los Médicos primeros D. Gonzalo López Rodrigo y D. Gregorio Fernández Lozano, destinados, respectivamente, en el Batallón Cazadores de Barcelona, núm. 3, y en el Regimiento Infantería de Palma, núm. 61.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 263) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Luis Gábarza Sitjar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 263) concediendo la gratificación mínima de 600 pesetas anuales al Subinspector Médico de primera clase D. Eugenio Fernández Garrido, Director del Parque de Sanidad Militar.
- » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* núm. 263) concediendo el haber mensual de 600 pesetas al Subinspector Médico de primera clase, retirado, D. Rufino Lomo Zugasti.
- 21 » Real orden (*D. O.* núm. 263) destinando al Ministerio de la Guerra, en vacante de plantilla, al Subinspector Médico de primera clase D. Joaquín Gámir Díaz Colón.
- 23 » Real orden (*D. O.* núm. 264) disponiendo cause baja en el Cuerpo el Médico provisional D. Angel Galbán García, el cual continuará figurando en la Reserva facultativa del mismo hasta cumplir su compromiso con el Ejército.
- 24 » Real orden (*D. O.* núm. 265) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan, debiendo el personal destinado á Africa verificar su incorporación con urgencia:

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Venancio Plaza y Blanco, de Secretario de la Inspección

de Sanidad Militar de la sexta Región, al Hospital de Madrid-Carabanchel; y D. Fernando Morell y Terry, ascendido, de excedente en la primera Región y en comisión en este Ministerio. á Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la sexta Región, cesando en la referida comisión.

Médicos mayores: D. Manuel Arnao Suffo, ascendido, del Regimiento Infantería de Guipúzcoa, 53, á situación de excedente en la segunda Región, y en comisión al Hospital de Sevilla; y D. Pedro Muñoz Ellén, ascendido, del Regimiento Lanceros de España, 7.º de Caballería, á situación de excedente en la sexta Región.

Médicos primeros: D. Miguel Guirao Gea, ascendido, del Regimiento Infantería de Otumba, 49, al Batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo, 7; D. Pascual Ibáñez Centenera, ascendido, del Hospital de Larache, al primer batallón del Regimiento Infantería de Albuera, 26, incorporándose con urgencia, sin esperar su relevo; don Agapito Argüelles Terán, ascendido, del Regimiento Infantería de Granada, 34, al primer batallón del de Guipúzcoa, 53; D. Estanislao Cabanes Badosa, ascendido, de la Comandancia de Ingenieros de Ceuta, al primer batallón del Regimiento Infantería de América, 14; D. Tomás López Mata, del Regimiento Infantería de San Marcial, 44, al grupo de montaña de la Comandancia de Artillería de Larache; D. Benjamín Turiño Campano, del Batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo, 7, al primer batallón del Regimiento Infantería de Cuenca, 27; D. Emilio Romero Maldonado, del grupo de montaña de la Comandancia de Artillería de Larache, á eventualidades del servicio en la séptima Región; D. Gustavo Martínez Manrique, del Regimiento Infantería de América, 14, al primer batallón del de San Marcial, 44, y D. Nicolás Martínez Rituerto, del Regimiento Infantería de Cuenca, 27, al de Lanceros de España, 7.º de Caballería.

Médicos segundos: D. Justo Vázquez de Vitoria, de la ambulancia montada de la primera Región, al se-

segundo batallón del Regimiento Infantería de Covadonga, 40; D. Juan Martín Rocha, del Regimiento Infantería de Tetuán, 45, á la compañía mixta de Sanidad Militar de Larache; D. José Gámir Montejo, del Hospital Madrid-Carabanchel, al de Larache; D. Pedro Montilla Domingo, del Regimiento de Telégrafos, á situación de excedente en Ceuta, y en comisión al cuadro eventual de dicha plaza; D. Tomás Larrosa Cortina, de la sexta compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, á situación de excedente en Ceuta y en comisión al cuadro eventual de dicha plaza; D. Félix Martínez García, del primer grupo de Hospitales de Melilla, á situación de excedente en aquella plaza, y en comisión á la enfermería de la Restinga; D. Tomás Martínez Zaldívar, excedente en Melilla y en comisión en la enfermería de la Restinga, al primer grupo de Hospitales de dicha plaza, cesando en la referida comisión; D. Rafael Gómez Lachica, del Regimiento Infantería de Covadonga, 40, á la Ambulancia montada de la primera Región; D. Jesús Remacha Mozota, del Regimiento Infantería de Córdoba, 10, al segundo batallón del de Aragón, 21; D. Hermenegildo Botana Salgado, de la compañía mixta de Sanidad Militar de Larache, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Alcántara, 58, incorporándose con urgencia, sin esperar su relevo; D. Fernando Fernández Berbiera, excedente en Ceuta y en comisión en el cuadro eventual de dicha plaza, á la Comandancia de Ingenieros de la misma, cesando en la referida comisión; D. Francisco Tinoco Acero, del Hospital de Sevilla, á la primera sección mixta de la segunda compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Miguel Echevarría Martínez, de excedente en Ceuta y en comisión en el cuadro eventual de dicha plaza, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Córdoba, 10, cesando en la referida comisión; D. José Llorca Llorca, de la tercera compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Otumba, 49; D. Julián Rodríguez López, del Regi-

miento Infantería de Vizcaya, 51, al segundo batallón del de Isabel II, 32; y D. Aniceto García Fidalgo, del Regimiento Infantería de la Constitución, 29, á la primera sección de la tercera compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo.

Médicos provisionales: D. Felipe Reverte Martínez, del Regimiento Infantería de España, 46, al primer batallón del de Sevilla, 33; D. Juan Rubio Monzón, de los fuertes del Ferrol, al primer Regimiento de Zapadores minadores; D. Vicente Andrés Bueno, del Regimiento Infantería de Isabel II, 32, á eventualidades del servicio en la octava Región; D. Porfirio Garilleti Casado, del Regimiento Infantería de Aragón, 21, al primer batallón del de Gerona, 22; D. Pedro Carreño Prieto, del Regimiento Infantería de Zamora, 8, á eventualidades del servicio en la cuarta Región, incorporándose con urgencia; D. Manuel Bernal Bernal, del Regimiento Infantería de Burgos, 36, al Hospital de Cádiz; D. José Millán Muñoz, del Regimiento Infantería de Luchana, 28, al Hospital de Cádiz; D. Fernando Cañones de Quesada, del Regimiento Infantería de Valencia, 23, al segundo batallón del de España, 46; D. Francisco Cifuentes Viedma, del Regimiento Infantería de Toledo, 35, al Hospital de Granada; D. Emeiterio Arés Nieto, del Regimiento Infantería de Toledo, 35, al de Telégrafos; D. José Hernanz Nicolás, del Regimiento Infantería de Albuera, 26, al Hospital de Madrid-Carabanchel; y D. Salvador Rodrigo Sebastián, del Regimiento Infantería de América, 14, á las tropas afectas al servicio de Aeronáutica militar.

24 Noviembre.—Real orden (*D. O.* núm. 265) nombrando Médicos provisionales del Cuerpo á los individuos de tropa del Ejército, Licenciados en Medicina y Cirugía, que á continuación se expresan, debiendo incorporarse á la mayor brevedad á los destinos que también se señalan:

D. Ramón Molina García, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Albuera, 26; D. Antonio Pagador Gómez, al Hospital de Sevilla; D. Valerio Peñas Redín, al segundo batallón del Regimiento Infantería

- de América, 14; D. Francisco Revuelta Arroyo, al primer batallón del Regimiento Infantería de Toledo, 35; D. Félix Romero Fernández. á los fuertes del Ferrol; D. Vicente Jordán Mendaro, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Zamora, 8; D. Jesús Jiménez Fernández de la Reguera, al primer batallón del Regimiento Infantería de Soria, 9; D. Francisco Linares Vivar, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Granada, 34; D. Camilo Aguado Victoria, al primer Regimiento de Zapadores Minadores; D. Rogelio Baixauli Vázquez, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Vizcaya, 51; D. Benito Capellán Arenas, al segundo batallón del Regimiento Infantería de la Constitución, 29; D. José Mizzi López, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Toledo, 35; don Daniel Virgili Rovira, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Luchana, 28; D. José Casas de Ureña, al Hospital de Burgos; D. Sinforiano Vierna Trápaga, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Valencia, 23; D. Eduardo Codesido Silva, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Burgos, 36; D. Agapito Zamora y Pérez de las Bacas, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Tetuán, 45.
- 24 Noviembre.—Real orden (*D. O.* núm. 265) desestimando instancia promovida por el Médico civil D. Félix Palacio Cárdenas, recluta excedente de cupo de la zona de reclutamiento y reserva de Cádiz, en súplica de que le fuera concedido el ingreso en la Reserva facultativa del Cuerpo.
- 25 » Real orden (*D. O.* núm. 267) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Tarragona al Médico primero D. Antonio López Castro, en sustitución del de igual empleo D. Eustasio Conti Alvarez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 267) nombrando Vocal de la Comisión mixta de Reclutamiento de la provincia de Segovia al Médico mayor D. Sebastián Galligo Elola.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 267) concediendo el retiro para San Sebastián al Subinspector Médico de primera clase D. Antonio Santos Sánchez, por haber cumplido la edad reglamentaria para obtenerlo.