

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIII.

Madrid, 15 de Julio de 1923.

Núm. 14

SUMARIO

Segundo grupo de Hospitales militares. Hospital de indígenas, por Nicolás Bonet.—Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra.—Discurso necrológico a la memoria del Excmo. Sr. Dr. D. Casto López Brea y Ortiz de Angulo (conclusión), por el Dr. D. Francisco Soler y Garde.—Leción inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología (conclusión), por el Dr. José A. Palanca.—*Variedades.*—Prensa médico-farmacéutica: Antagonismo entre la adrenalina y los principales alcaloides de la quina.—El efecto del extracto pancreático (insulina) en conejos normales.—Prensa militar profesional: El mal de Pott en el soldado.—Sección Oficial.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Julio de 1923.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

Segundo grupo de Hospitales militares. Hospital de indígenas

CLÍNICA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

Cuadros estadísticos de los enfermos asistidos durante los nueve meses que estuvo a cargo del que suscribe.

OÍDOS

	Curados.	Operados.	Inútiles.	Total.
Eczema del pabellón.....	9	»	»	9
Otitis externa.....	21	»	»	21
Idem externa eczematosa.....	9	»	»	9
Idem quínica.....	2	»	»	2
Forunculosis de conducto auditivo.....	25	»	»	25
Cuerpo extraño en C. A.....	1	»	»	1
Tapón de cerumen.....	33	»	»	33
Otitis media catarral aguda.....	110	»	»	110
Idem id. id. crónica.....	14	»	»	14

	Curados.	Operados.	Inútiles.	Total.
Otitis esclerosa.....	1	»	»	1
Idem media purulenta aguda.....	277	»	»	277
Idem id. id. crónica.....	113	»	3	116
Mastoiditis.....	»	13	»	13
Idem, tromboflebitis S. L.....	»	1	»	1
Idem de Bezold.....	»	1	»	1
Vaciamiento petro-mastoideo.....	»	2	»	2
Quiste retro-auricular.....	»	2	»	1
Estenosis de conducto auditivo.....	1	»	»	1
Laberintitis tóxica.....	4	»	»	4
Connoción de laberinto.....	1	»	»	1
TOTAL.....	621	18	3	642

Nota.—Entre los operados de mastoiditis se cuenta un fallecido.

N A R I Z

	Curados.	Operados.	Inútiles.	Total.
Eczema, vestíbulo nasal.....	4	»	»	4
Epistaxis.....	2	»	»	2
Hematoma del tabique.....	»	2	»	2
Desviación del tabique.....	»	10	»	10
Fractura antigua del tabique.....	»	1	»	1
Rinitis atrófica.....	3	»	»	8
Idem crónica-hipertrófica.....	9	»	»	9
Ozeua.....	»	»	2	2
Ulcera perforante del tabique.....	1	»	»	1
Sífilis terciaria, goma de tabique.....	3	»	»	3
Sanguiuuela en fosa nasal.....	»	1	»	1
Polipos mucosos.....	»	4	»	4
Papiloma del tabique.....	»	1	»	1
Sinusitis maxilar.....	»	3	»	3
Idem frontal.....	2	1	»	3
Lupus ulceroso de nariz.....	»	»	1	1
TOTAL.....	29	23	3	55

NASO-FARINX

	Curados.	Operados.	Inútiles.	Total.
Sanguijuela en naso-faringe.....	»	10	»	10
Fibrona naso-faringe.....	»	1	»	1
Vegetaciones adenoideas.....	»	1	»	1
TOTAL.....	»	12	»	12

FARINGE

	Curados.	Operados.	Inútiles.	Total
Faringitis catarral aguda.....	13	»	»	13
Idem id. crónica.....	4	»	»	4
Úvula bifida.....	»	1	»	1
Amigdalitis catarral aguda.....	38	»	»	38
Idem estreptocócica.....	2	»	»	2
Angina de Vincent.....	3	»	»	3
Amigdalitis flegmonosa.....	27	»	»	27
Idem crónica hipertrófica.....	»	26	»	26
Papiloma de úvula.....	»	1	»	1
Espasmos esofágicos.....	2	»	»	2
Perforación del velo palatino.....	2	»	»	2
Cuerpo extraño en faringe.....	»	1	»	1
Tuberculosis faríngea.....	»	»	1	1
TOTAL.....	91	29	1	121

LARINGE

	Curados.	Operados.	Inútiles.	Total.
Laringitis catarral aguda.....	30	»	»	30
Idem id. crónica.....	3	»	»	3
Sifilis laringea.....	2	»	»	2
Tuberculosis laringea.....	»	»	1	1
Sanguijuela en laringe.....	»	4	»	4
TOTAL.....	35	4	1	40

RESUMEN ESTADÍSTICO

Total de enfermos asistidos.....	870	
— — curados.....	861	— 98,9 %
— — dados por inútiles.....	8	— 0,9 %
— — fallecidos.....	1	— 0,1 %
— — operados.....	66	

Al anunciarse la formación de las especialidades en el Cuerpo de Sanidad Militar, y queriendo únicamente aportar con nuestro trabajo a lo necesario que ellas son, hemos hecho la presente estadística de los enfermos por nosotros asistidos en nueve meses en la clínica de Oto-rino-laringología de los grupos de Hospitales de Melilla.

Nada nuevo hemos hecho; no pasa de lo más corriente en la práctica de la especialidad. Pesadilla constante de los Directores de los Hospitales y de los Jefes de las Clínicas fueron los enfermos de oídos, no solamente por el número de simuladores que siempre hay, sino porque además se necesita estar acostumbrado a tratar esta clase de enfermos para que no produzcan largas hospitalidades. Por esta causa, ya en el año 1913, siendo Médico de guardia del Hospital Docker, fuimos nombrado Jefe de la primera Clínica de esta especialidad, que funcionó en esta Plaza; en época posterior, y debido al gran aumento de la guarnición, ordenó el Jefe de Sanidad

la agrupación de todos estos enfermos en una Clínica, y de ella fuimos encargados; hemos procurado desempeñarla lo mejor que podíamos, y si al frente de ella hubiese estado un especialista más competente que nosotros, el resultado hubiera sido más brillante.

Una porción de pequeñas operaciones han sido hechas que no figuran en la estadística, como *miringotomía*, *extracciones de pólipos* (oidos), *resecciones de cabezas y colas de cornetes*, etc., etc.

Gran auxiliar nuestro ha sido el personal de mi equipo de Cirugía, que me ayudó al desempeño de esta Clínica, a la vez que atendía a la labor del Equipo de Cirugía núm. 21 que, por bondad del Comandante Médico Sr. Gómez Ulla, hace tiempo desempeñamos.

NICOLÁS BONET,
Capitán Médico.

Melilla, Abril 1923.

Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra

Memoria presentada al Congreso de Medicina y Farmacia militares de Roma, por los doctores *José Potous*, Teniente coronel Médico;
Agustín Van-Baumberghen, Comandante Médico,
y *Miguel Campoy*, Farmacéutico primero.

La desinfección es a la Higiene lo que la práctica a la teoría; y así como sin la primera resultarían baldías todas las predicaciones de la segunda si aquella no se fundamentara científicamente en los conocimientos higiénicos, seguirían sus prácticas teniendo el mismo valor que los ritos religiosos de los romanos, el de las hogueras de Hipócrates, las fumigaciones de Galeno y los aromas de los egipcios.

Las naciones que verdaderamente se han preocupado de este asunto le han reconocido toda su importancia al elevarlo a la categoría de Ciencia Sanitaria, disponiéndose en muchas de ellas de notables especialistas consagrados a su realización, alcanzando resultados verdaderamente sorprendentes, que se traducen en una

manifiesta disminución en la cifra de su mortalidad por las enfermedades infecciosas, tan justamente calificadas como *evitables*.

Como se ha dicho con acertado juicio por comentaristas españoles (Pagés: *La lucha en campaña contra las enfermedades infecciosas*) de la labor recogida por notables higienistas durante la campaña ruso-japonesa (breve período de resurgimiento de los medios más científicos y prácticos en la profilaxia de las enfermedades infecciosas, obtenidos con insuperable éxito por la segunda de las citadas naciones), es tarea relativamente fácil la de anular los microbios cuando no anidan en el organismo humano, cosa que no ocurre cuando estos microorganismos han logrado franquear las barreras epiteliales. «La desigual resistencia de los gérmenes y de los objetos en que se hallan frente a frente a los antisépticos (dice Pagés) hace aplicables procedimientos que destruyen aquéllos y conservan éstos, sin contar con que la profilaxis justifica la destrucción de uno y otro cuando el deseo de conservar el objeto va unido a una disminución de la potencia bactericida de la sustancia empleada.

»Todas las campañas han ido acompañadas de un considerable aumento en el tanto por mil con que las enfermedades infecciosas contribuyen a la morbosidad general, y no son raros los casos en que la aparición de una epidemia en un país coincidiera con la repatriación de las tropas combatientes. Esta es una prueba de la dificultad que encierra la lucha contra las infecciones en campaña, a pesar de que en ningún organismo se llevan con tanto rigor las medidas de higiene colectiva como en el militar, y en ninguno como en éste existe la seguridad de que los preceptos dictados no han de hallar entorpecimiento en la apatía individual.

»Las causas citadas de receptividad morbosa en que se hallan las tropas en campaña explican la persistencia de las infecciones, ya que siendo la infección una lucha de germen y terreno, y hallándose éste en malas condiciones, son mayores las probabilidades de contagio.

»El período de incubación de las enfermedades infecciosas, variable en cada una de ellas, es, sin embargo, semejante en su manera íntima de actuar el microorganismo infeccioso en el organismo infectado, actuación durante la cual las toxinas segregadas por el microbio son en parte eliminadas y en parte retenidas por las células y humores del organismo; el microbio prolifera activameu-

te y la secreción de toxinas es cada vez mayor; pero hasta que no adquieren un grado de concentración suficiente y ha dado tiempo dicha secreción a que las células alteren poco a poco su mecanismo nutritivo, no aparecen los síntomas característicos de la enfermedad infecciosa.» Pero el individuo es, desde el principio de la acción infectiva incubadora, un peligro para los que le rodean, especialmente por la difusión de gérmenes mediata o inmediata (portadores), y de aquí la necesidad del aislamiento antes, durante y después del estrago infectivo, debiendo procederse en el primer caso a la desinfección de la estela o rastro que dejó en los lugares de procedencia y tránsito; en el segundo, a un atinado aislamiento en los Hospitales, Clínicas o Lazaretos, y en el tercero, a una constante comprobación bacteriológica de la orina, las heces, saliva y demás secreciones delatoras del portador de gérmenes, el cual deberá ser sometido al tratamiento adecuado a esto objeto.

Para responder en todas sus partes, y tan hondamente como señala la enunciación del tema, sería preciso evocar la historia del asunto desde su principio, que alcanza remotísima época, tan remota como la necesidad de la desinfección; esto es, como la infección misma; surgieron indudablemente, al propio tiempo, a partir de la idea adquirida por la experiencia de la enfermedad, que «pasa de un ser a otro ser», cualquiera que sea el medio, el procedimiento seguido para llegar a tal finalidad, y cuya múltiple repetición, en reducido espacio de tiempo, determina la epidemia, de la cual, naturalmente, diéronse cuenta en lejanísima época, mucho más lejana seguramente de lo que tal vez estamos apercibidos.

La idea del «desinfectante», así denominado más tarde con otros nombres muy diversos, se conoció desde las civilizaciones más antiguas, no habiéndose llegado todavía al ideal del mismo, consistente en el conocimiento y empleo de un agente eficaz común a todos los casos, aunque fuera distinta la forma de su aplicación para muchos de ellos. Pero esta materia es todavía un problema que presenta numerosos aspectos y diversos puntos de vista, según circunstancias asimismo múltiples y variadas.

La naturaleza distinta de los diferentes agentes patógenos, su diversa evolución, el medio ambiente en que viven y se desarrollan, la forma y modos de transmitirse de organismo a organismo, condiciones climatológicas de la región, radio de acción que pueden alcanzar, con otras circunstancias, influyen en el grado de virulen-

cia de los mismos, más o menos exaltados, según propia condición, adquirida ésta no solamente por lo expuesto, sino también por otras no bien estudiadas, entre ellas las diferentes asociaciones en casos favorables a la mayor virulencia o su disminución en casos desfavorables. Todas ellas son causas más o menos conocidas, más o menos estudiadas, que al fin se traducen en mayores o menores facilidades a la acción del agente desinfectante. Agentes que a su vez presentan, según su estado físico y grado de pureza, concentración de las soluciones, cuando se aplican en esta forma, el grado de humedad atmosférica, si se trata de gases, de vapores, del calor en ambiente húmedo o seco, etc., etc., presentan, repetimos, ya dificultades, ya facilidades de éxito, por lo que son otros factores a conocer y poner en armonía o perfecta consonancia con lo anteriormente expuesto. Y aun así, ¿con qué fundamentos serios se puede garantizar el éxito definitivo?

Prevenir la presentación de las infecciones y *combatir* con todo rigor los primeros casos observados, desinfectando escrupulosamente cuanto puede convertirse en vehículo de los gérmenes infecciosos. He aquí todo el secreto del éxito en lo que a esta cuestión se refiere.

La lucha, pues, contra las enfermedades infecciosas en paz y en guerra descansa desde el punto de vista *profiláctico* en el cumplimiento de las reglas higiénicas individuales y colectivas; estudio de los portadores de gérmenes y empleo de las vacunas y sueros preventivos. Y en el momento de actuar en el aislamiento del enfermo, declaración de la enfermedad, desinfección del mismo y de cuanto con él haya tenido contacto y tratamiento riguroso de los bacilíferos.

En el presente estado de la ciencia no es posible separar dichos factores, que si aisladamente tienen efectivo y bien probado valor para alcanzar el éxito total de impedir las grandes invasiones y de reducir los focos una vez establecida la dolencia, se necesita acudir a todos ellos, especializándose, digámoslo así, dentro de la misma especialización higiénica en cada una de sus ramas y puesta siempre la mira en el conjunto de su acción mancomunadamente.

Tampoco es posible establecer una separación absoluta entre la desinfección y la desinsectización, puesto que todos los procedimientos que sirven para realizar la una practican en cierto modo

la otra y solamente son de notar algunos casos de marcada especialización, y mejor diríamos de elección en los que los efectos se manifiestan preferentemente sobre los agentes del uno o del otro grupo, como se hará resaltar en el lugar correspondiente.

A pesar de las anteriores manifestaciones, que hemos creído de absoluta necesidad consignar para fundamentar nuestro trabajo, no hemos de entrar en el estudio del conjunto ni de las derivaciones de cada una de ellas, limitándonos a la descripción del que nos ha sido asignado, y el cual dividiremos en dos partes para realizarlo metódicamente.

(Continuad.)

DISCURSO NECROLÓGICO

a la memoria del Excmo. Sr. Dr. D. Casto López Brea y Ortiz de Angulo, Inspector Médico de primera clase del Cuerpo de Sanidad Militar, leído el día 28 de Octubre de 1922 en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, por el Dr. D. Francisco Soler y Garde, Académico numerario.

(CONCLUSIÓN)

Amplió ventajosamente lo anteriormente dispuesto para evitar la presentación de casos de viruela, sarampión y parótidas y otras infecciones en el Ejército a la incorporación de los reclutas (Real orden 13 Noviembre 1917, C. L. núm. 233).

Formuló un extenso Reglamento para los cursos de ampliación de estudios para Oficiales Médicos de Sanidad Militar, del cual son breve resumen los epígrafes siguientes, que bastan para dar idea de su amplitud y utilidad: 1.º *Bacteriología y análisis*, en el Instituto de Higiene militar, comprendiendo las materias siguientes: Histología, Hematología y Parasitología; Bacteriología con aplicaciones a la clínica y a la higiene; Sueroterapia y suerodiagnóstico; vacunas profilácticas y terapéuticas; Análisis químico aplicado a la clínica y a la higiene. 2.º De *Cirugía operatoria*, con maniobras de ambulancia, en los Hospitales militares; Anatomía topográfica y técnica quirúrgica con disecciones prácticas de operaciones re-

gladas sobre el cadáver. Vivisecciones en animales. Intervenciones quirúrgicas en los enfermos de las clínicas, conocimiento teórico-práctico del material sanitario. 3.º De *Radiografía* (técnica radiológica general, radiografía, radioscopia, radioterapia y *Electroterapia*, en el Hospital militar de urgencia de Madrid (Real orden de 25 Enero 1918, C. L. núm. 10).

Su ascenso a Inspector Médico de primera (asimilado a General de División) le obligó a dejar el cargo de Jefe de la Sección de Sanidad del Ministerio de la Guerra, confiéndoselo el de Inspector de Sanidad, primero del segundo Cuerpo de Ejército (Andalucía), y luego del cuarto (Cataluña), en los cuales, como siempre, dejó imborrables recuerdos de sus grandes méritos.

Se hallaba en posesión de las condecoraciones siguientes: Cruces de primera y segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco; Cruz roja de primera clase de la misma Orden; Cruz roja de segunda clase del Mérito Militar, pensionada; Gran Cruz de la propia Orden, con distintivo blanco; Medallas de Alfonso XII, de Filipinas, de Alfonso XIII y del primer centenario de los sitios de Gerona; Cruz del Mérito Naval.

En Julio de 1920 cumplió la edad reglamentaria para el retiro y pasó a la situación de reserva.

Parecía llegada para él la hora del merecido descanso, con aspecto de salud física y mentalidad robustas y vigorosas, en la plenitud de sus energías, rodeado de amantísima familia y del respeto y estimación general..., situación verdaderamente envidiable, de la que era de augurar gozaría algunos años...; pero *como rayos en un cielo sin nubes* (frase habitual suya que aplicaba en casos análogos), la Parca inexorable le arrebató en Octubre del mismo año a su esposa y segó su propia existencia dos meses después, en Diciembre, con breve, inopinada e indescifrable enfermedad, que bruscamente anuló su poderosa inteligencia y en pocos días destruyó su vida.

Aunque a menudo presenciamos hechos parecidos, cuando sobrevienen en personas en quienes por el parentesco o por el afecto se nos hacen más sensibles, quedamos sobrecogidos de estupor, y se llenaría nuestro espíritu de negruras y tristes ideas referentes a la inanidad de las cosas humanas, a lo deleznable de los cálculos mejor fundados, a la inconsistencia de las ilusiones, a la fugacidad de las más razonables conjeturas, si no fueran ahuyentadas

por vislumbres de idealidades confortadoras y esperanzas sobre-humanas, que yo no sabría representar sintéticamente, mejor que recordando el verso final del famoso soneto de Argensola, que dice:

¡Ciego! ¿Es la tierra el centro de las almas?

Los más puros ideales se albergaron siempre en el alma de López Brea; sus pensamientos en todos los momentos se inspiraron en el más acrisolado concepto del honor; su conducta se ajustó invariablemente a las más estrechas normas del cumplimiento del deber. Al través de tales prismas los hechos todos de su vida nos parecen ennoblecidos y sublimados con la doble aureola de la bondad de su corazón magnánimo y de la elevación de su preclara y cultivada inteligencia, llegando a adquirir un valor representativo como de verdadero modelo o arquetipo que suscita emulación y ejemplaridad.

López Brea, preferentemente, rindió culto especial a dos grandes sentimientos: de *religiosidad* y de *patriotismo*, traducido bien ostensiblemente el primero, además de otras muchas demostraciones en el curso de su vida, por su disposición testamentaria ordenando, como así se hizo, que su cadáver se amortajara con el hábito de Nuestra Señora de la Merced, y testimoniado innumerables veces el segundo por el acrisolado amor con que enaltecía siempre las glorias de la Patria, de esta nuestra milenaria España, antes tan grande, cual más no lo ha sido, ni tanto siquiera, ninguna otra nación; hoy tan combatida y vilipendiada por propios y por extraños, cuyos ultrajes repercutían en el corazón de López Brea con dolor filial, que exaltaba aún más su veneración a la Patria decadente, a la madre espiritual abatida, que, como todas las madres, *cuanto más pobre y más vieja, más se la ha de querer*.

Al meditar sobre estas cosas el encanto y la dulzura de las mismas se infiltran insensiblemente en nuestra fantasía, y poetizados por la fe los misteriosos arcanos de ultratumba, imaginamos que los que ofrendaron a nuestra Patria, cual López Brea, exquisiteces de acendrados fervores y holocausto de sacrificios, al traspasar los umbrales de esta vida deben hallarse en posesión de los imperecederos goces de la Suprema Verdad, ocupando predilectos lugares de belleza inefable en las infinitas mansiones de lo eterno,

gloriosamente cobijados y nimbados por indescriptibles y maravillosos fulgores de *oro y grana*, rutilantes colores de la bendita bandera de la España inmortal!—HE DICHO.

FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA

Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología

(CONCLUSIÓN)

Pero si nuestra mortalidad media por tuberculosis no es excesiva, ello no significa que dentro de nuestro territorio no tengamos regiones más castigadas que otras por la enfermedad. Si estudiamos la distribución de la mortalidad en las distintas provincias españolas durante los años transcurridos de la actual centuria, podemos comprobar que existen tres zonas en las que la tuberculosis muestra una actividad muy superior a la que ofrece en las restantes. La primera de esas tres zonas está integrada por las Vascongadas, Asturias, Galicia y las provincias norteñas de Castilla. En toda su extensión el terreno es quebrado, las lluvias muy frecuentes, la humedad relativa muy elevada, y, como consecuencia, los días de sol son escasos, y el astro nunca tiene el vigor que le caracteriza en Andalucía. No es, por tanto, extraño que esta región, de clima tan semejante al del Sur de Francia, tenga asimismo una mortalidad por tuberculosis similar a la de la vecina República, mortalidad excesiva en comparación con la de otras provincias españolas, y que probablemente es consecuencia de la facilidad con que el bacilo de Koch prolonga su supervivencia en el medio ambiente, sin contar que quizás exista también, por causas climáticas, una mayor receptibilidad humana. Si así fuera, esta región debería a sus condiciones naturales su posición en las estadísticas con respecto a la tuberculosis.

La segunda zona, de excesiva mortalidad, no es realmente una zona geográfica perfectamente limitada, sino que está formada por provincias sueltas, a veces muy distantes unas de otras, pero todas ellas tienen algo de común: las grandes aglomeraciones humanas y su carácter industrial. Es lógico que en las poblaciones como Madrid y Barcelona, en las que se concentran obreros procedentes de todas las provincias españolas y aun del extranjero, a las que acuden los que no encuentran medios de vida en otras capitales, y que además son refugio de cuanto tiene de inútil y de viciado la sociedad, presenten una mayor facilidad para la propagación de la tuberculosis, aumentada además por la promiscuidad en fábricas y talleres, no siempre en buenas condiciones de salubridad. La tuberculosis de esta zona es la que caracteriza siempre a las grandes poblaciones y a las ciudades industriales.

Finalmente, la tercera de las regiones más castigadas por la tuberculosis es para nosotros la más interesante, porque en ella figura Sevilla al lado de Cádiz y acompañadas por alguna otra provincia andaluza. Pero las condiciones de clima de Sevilla y de Cádiz son diametralmente opuestas a las de la región del Norte de España. Aquí el terreno es poco quebrado, las lluvias moderadas, la temperatura suave en el invierno y elevada en el verano, y en todo el tiempo el sol, lleno de fuerza, envía a torrentes sus radiaciones. Todo ello constituye un conjunto tan desfavorable para el bacilo de Koch, y al mismo tiempo tan adecuado a la exaltación de las defensas orgánicas, que, en teoría y en realidad, el contagio de la tuberculosis queda reducido a su más mínima expresión. Digo que esto, que es cierto en teoría, lo es asimismo en la práctica, porque fuera de las capitales andaluzas, en los pueblos y en el campo la mortalidad por tuberculosis desciende a los límites medios de la mortalidad de la Península entera, o aun más bajos. Para constituir en foco de tuberculosis a Sevilla ha sido necesario invertir totalmente las condiciones naturales de la vida en esta región, vivir a espaldas de las leyes naturales siglos y siglos, sumidos en la ignorancia y en la indolencia, y aun así y todo, son tan excelentes las condiciones del país, que basta que los hombres se descuiden un momento en su labor nefasta, para que la Naturaleza, recobrando sus fueros, los preserve de la infección. Por eso, así como antes os decía que la tuberculosis de Madrid y Barcelona es la consecuencia de una gran aglomeración humana, la tu-

berculosis de Sevilla es exclusivamente consecuencia de la obra de los hombres.

Insistiendo sobre el primero de estos factores, no necesito decir que Sevilla es una población que está construída con una idea directriz, que hasta ahora ha sido una verdadera obsesión: sustraerla a los rayos solares y sustraerla utilizando para ello un único procedimiento: estrechar las calles hasta lo inverosímil; evitar las plazas, los sitios de ensanche, y, en general, cuanto pueda dar lugar al paso de luz y de sol. Han huído, en cambio, del arbolado, de la adopción de tipos especiales de casas que les hubiera podido atenuar, de una manera más higiénica, el exceso de calor solar, y han conseguido, efectivamente, que en sus calles no éntre el sol; pero que, confirmando una vez más el dicho popular, den paso, con excesiva frecuencia, al médico. Son estas callejuelas húmedas y tristes; la causa principal que impide la ventilación en las casas, las que las privan de luz y de alegría y hasta a su amparo, y gracias a su obscuridad, son posibles las transgresiones de limpieza, que no tendrían disimulo en vías anchas y bien iluminadas. Claro está, que estas calles típicas de Sevilla encantan a los visitantes, se comprende perfectamente su indignación ante cualquier intento de ensanche, porque para ellos no tienen inconveniente, de ninguna clase, se limitan a contemplarlas durante unos días, y después se marchan sin saber siquiera que dentro de esas casas padecen más de 8.000 tuberculosos. Sin embargo, desde hace tiempo se viene rectificando este error, y ya las calles modernas de Sevilla tienen la anchura que exige la higiene y que se necesita en una población del tráfico comercial que tiene hoy esta ciudad. En el mismo interior de la población, lentamente y luchando con un sinnúmero de dificultades, van ensanchándose las vías, siquiera sea de una manera tímida y vergonzante.

La provincia de Sevilla tiene 705.000 habitantes, y en ella murieron durante el año de 1921, 1.709 personas afectas de tuberculosis, o sea un 2,5 por 1.000, cifra que, comparada con las de las restantes provincias, ni es muy alta ni muy baja, es realmente una cifra intermedia; pero si se prescinde en absoluto de la capital, de sus habitantes y, por tanto, de su mortalidad, se comprueba que la provincia sola no tiene de mortalidad más que 1,8 por 1.000, es decir, próximamente como las provincias de menos mortalidad. Si, procediendo a la inversa, estudiamos exclusivamente el problema

de la tuberculosis en Sevilla, con exclusión de su provincia, nos encontraremos que durante el año 1921, entre los 205.000 habitantes de la capital hubo 866 defunciones, y que, por lo tanto, la proporcionalidad por 1.000 se elevó a 4,2, o sea una de las mayores de España. De todo ello se deduce que es la capital, Sevilla misma, la que verdaderamente padece bajo el yugo de la enfermedad; pero, en modo alguno, el resto de la provincia, que mantiene su mortalidad en los límites medios de otras regiones españolas.

A mi modo de ver, hay tres factores preponderantes que mantienen a Sevilla a la cabeza de la estadística de mortalidad por tuberculosis. Estos factores son los siguientes:

1.º El problema de la habitación, que, como en ninguna parte, es cara y mala en Sevilla, y que a su vez es la resultante de la estructura especial de la población, de la carencia de albergues y consecuentemente a ella su carestía.

2.º La falta de cultura popular, que se traduce en la práctica por la suciedad de la población, de los lugares de reunión públicos y por la desorganización de los servicios públicos, que nadie reclama ni necesita.

3.º El aumento progresivo del consumo de alcohol.

Desde el año 1910 a 1920, he dicho antes que la población de Sevilla ha aumentado en un 40 por 100, y como este aumento de población no ha marchado paralelamente a un aumento en la construcción, se ha llegado a una carencia casi total de albergues, mucho más intensa que en cualquier otra capital española, hasta el extremo de que la clase media y la obrera no tienen posibilidad de encontrar en Sevilla habitaciones al alcance de sus medios económicos. En el momento actual sabéis de sobra que hay más de 5.000 criaturas que para guarecerse han tenido que recurrir a miserables chozas de barro, indignas de servir de albergue a personas civilizadas. Ahora bien; el problema de la tuberculosis depende, al fin y al cabo, del problema de la habitación, que es el factor que tiene una influencia preponderante, decisiva, en la extensión que alcance la enfermedad. Precisamente por esto hay tuberculosis en el mundo entero, porque en todas partes el albergue de las clases necesitadas es malo; pero yo dudo que en ninguna parte la situación haya llegado a los extremos que en Sevilla. He aquí por qué hay más tuberculosis en esta ciudad que en las restantes de España, y aun creo que si el problema de la habitación no se re-

media rápidamente, vamos a asistir todavía a un alza considerable de las defunciones por la enfermedad de que me ocupo. Yo doy mucho más valor a la influencia que tiene la habitación en el desarrollo de la tuberculosis en Sevilla que al alcoholismo, y cuenta que este último no es ciertamente despreciable, y que de año en año aumenta el consumo de alcohol en nuestra provincia.

Unamos al problema de la habitación el hecho de que existen en la ciudad más de 8.000 tuberculosos, y que no hay un hospital ni casi una sala del hospital donde estén aislados y bien asistidos. Recordemos también que la poca cultura del pueblo no concede un gran valor a la desinfección ni al contagio, y que en los tranvías y lugares de reunión pública se fuma y se escupe en el suelo, sin que nadie se preocupe del peligro que ello pueda envolver; que los servicios de desinfección, en las viviendas, no se hacen, porque el público, lejos de solicitarlos, hace cuanto le es posible por dificultar su aplicación; que son innumerables los ropavejeros que acuden presurosos a comprar la ropa usada perteneciente a enfermos, y que con su premura evitan que sean desinfectadas previamente; unamos todos estos factores, y comprenderemos las razones que motivan el que Sevilla, que reúne condiciones naturales excelentes, sea la población española que presenta una mayor mortalidad por tuberculosis.

Y a pesar de ello, y quizás por ello mismo, no ha faltado en esta ciudad quien desde hace bastante tiempo se venga preocupando del problema tuberculoso. Mi antecesor en esta Cátedra, el Dr. Salvat, fué uno de los primeros en ocuparse del asunto, con la cooperación de los Sres. Ríos Sarmiento, Centeno y Escolar; todos ellos iniciadores de las primeras fiestas de la flor que se celebraron en Sevilla, y con los recursos que ella proporcionó fundaron el actual Dispensario Victoria Eugenia y el Sanatorio próximo a inaugurarse en Dos Hermanas. Próxima está también la colocación de la primera piedra del Dispensario que ha de tener a su cargo la asistencia de los enfermos del distrito de Triana. En todo el mundo la lucha contra la tuberculosis reviste un triple aspecto médico social y biológico; dejando a un lado el último, voy a exponeros brevemente qué beneficios puede lograr Sevilla de cada uno de los dos métodos de perseguir la tuberculosis. Ya os he dicho que la extensión que alcanza la enfermedad en esta ciudad es indudablemente fruto de las condiciones artificiales de vida que el hombre

ha creado; es lógico, por tanto, suponer que suprimiendo o atenuando estas condiciones de vida, la tuberculosis descendiese de una manera notable; pero esto, que es lo más lógico, es también lo más difícil. En teoría resulta de una sencillez maravillosa ensanchar las calles, higienizar las casas, edificar barriadas obreras, legislar sobre abastos, etc.; pero la práctica enseña que todo ello es un camino muy difícil de recorrer, y en el que hay que emplear muchos años.

Así es que las reformas sociales, con ser el remedio verdaderamente radical, tienen forzosamente que ser relegadas a un segundo término, y mientras el tiempo va poco a poco allanando las dificultades de su aplicación, es necesario acudir al método clínico para poner cierta barrera, cierto obstáculo a la propagación de la tuberculosis. Yo creo indudable que en Sevilla el método clínico dará siempre resultados muy inferiores a las reformas del medio ambiente, que son las que en definitiva tienen que resolver el problema; pero como estas reformas llegarán muy lentamente, mientras llegan no hay más remedio que acudir a lo único que podemos intentar: diagnosticar precozmente la enfermedad, tratar de un modo apropiado a los enfermos, desinfectar sus domicilios y vulgarizar los conocimientos sobre tuberculosis, llevándolos hasta las clases más necesitadas. Esta es la misión de los Sanatorios y Dispensarios.

Sevilla en la actualidad sólo dispone de un Dispensario, y como se acepta que cada Dispensario sólo puede llevar su acción benéfica sobre un grupo de 50.000 habitantes, está claro que urge dotar a nuestra ciudad de los tres Dispensarios que le faltan. Aún estamos peor en lo que a Sanatorios se refiere, ya que sólo se cuenta con el que actualmente se construye en las proximidades a Dos Hermanas, desde luego insuficiente para las necesidades de Sevilla y su provincia, y que aunque tuviera una capacidad adecuada, siempre estaría en entredicho ínterin no convenciese a todos de que los tuberculosos podrían albergarse en él, aun durante los fuertes calores estivales.

Yo creo que la legislación actual sobre la tuberculosis y su prevención adolece de dos defectos que merecen, dadas las consecuencias que de ellos se derivan, que la Comisión permanente contra la tuberculosis los subsane y que los esclarezca de tal manera que luego no haya duda en su aplicación. Uno de esos puntos es la

dualidad de iniciativas que hay en los Dispensarios y Sanatorios, que en realidad no se sabe hasta qué punto están bajo la férula de las Juntas provinciales y en dónde empieza la jurisdicción del Patronato de señoras. Esta falta de límites exactos entre ambos organismos los lleva fatalmente por un exceso de celo de una y otra parte a rozamientos, a falta de armonía y hasta rompimientos, y nada de ello ocurre sin que antes la lucha contra la tuberculosis se resienta seriamente de esa falta de concordia entre sus protectores. Es urgente, por tanto, poner remedio a esa situación, y el remedio no puede ser otro más que de limitar escrupulosamente los deberes y derechos de Juntas y Patronatos.

Otro de los inconvenientes en la manera actual como está organizada la lucha contra la tuberculosis en nuestro país, es la excesiva libertad, la independencia casi sin límites con que proceden las Juntas provinciales. Esta independencia y la falta de fiscalización de que gozan, es la causa de que mientras hay provincias en que las Juntas no se han constituido siquiera, o si se constituyeron no funcionan, en otras un exceso de celo o una dejación en sus atribuciones las ha llevado a orientaciones inconvenientes para la obra. Hay algunas provincias, y quizás algo de ello ocurra en Sevilla, que no tienen dentro de sus límites lugares apropiados para la construcción de Sanatorios, y en estos casos convendría que aun sacrificando un poco su amor a la patria chica, eligiesen otras regiones para el emplazamiento de esos Sanatorios. Quizás no hubiera sido descaminado lograr una federación sanitaria entre Córdoba, Huelva, Sevilla y Cádiz para la edificación de los Sanatorios, y haber emplazado el de altura en la provincia de Córdoba y el marítimo en la de Cádiz o Huelva. Ahora bien; en el estado actual de nuestra organización es muy difícil lograr que espontáneamente se entiendan las Juntas provinciales, y en cambio no me parece tan difícil que esa federación se hiciese bajo los auspicios de la Comisión permanente.

Terminada la exposición de lo que concierne al problema de la tuberculosis, veamos ahora cuál es la situación con respecto a la fiebre tifoidea. La provincia de Sevilla ha tenido en el año de 1920 defunciones en número de 291 por fiebre tifoidea, lo que da una proporción de 41 por cada 100.000 habitantes. De esas 291 defunciones corresponden 81 a la capital, o sea, 59 por 100.000. Como veréis, la situación de Sevilla no es tan mala con relación a la fie-

bre tifoidea como en relación a la tuberculosis, y hay muchas provincias, como, por ejemplo, Barcelona, Malaga, Almería, Córdoba, etc., que pagan al bacilo de Eberth un tributo muy superior al que rinde la ciudad del Betis. Es decir, que relativamente no es mala situación la de Sevilla; pero no hay que olvidar que esta bondad es relativa, porque en absoluto, en puridad de ciencia, la situación es francamente mala. La mayoría de los higienistas consideran que toda ciudad cuya mortalidad por tifoidea sea superior a 20 por 100.000, bebe aguas contaminadas. La mortalidad de Sevilla es casi del doble a la indicada, de manera que ya en teoría podemos sentar que las aguas llegan al consumidor en malas condiciones.

Un fenómeno digno de anotarse es que así como la mortalidad por tuberculosis difiere mucho entre la capital y los pueblos, la mortalidad por tifoidea es muy semejante: 39 en la capital y 41 en los pueblos por cada 100.000 habitantes. En los países de mayor cultura sanitaria sucede lo contrario: que la urbe siempre tiene una mortalidad por infecciones intestinales muy inferior a los pueblos, por la sencillísima razón de que éstos no han seguido a las grandes poblaciones en su labor de saneamiento. Pero como Sevilla no ha iniciado aún esta labor, su estado sanitario no difiere sensiblemente de él, de los pueblos, y por ende, su morbosidad y su mortalidad por infecciones intestinales es casi idéntica. Veamos ahora rápidamente cuál es el estado en que se encuentran los dos problemas fundamentales de saneamiento de las poblaciones en Sevilla: el alcantarillado y el aprovisionamiento de agua.

El alcantarillado puede decirse que ha comenzado a construirse hace muy pocos años, y avanza con la lentitud característica de las obras en Sevilla; es decir, que no se sabe cuándo se concluirá. En el primitivo proyecto de alcantarillado se establecía que las aguas residuales no se verterían directamente en el río, sino que antes sufrirían un proceso de depuración en lechos bacterianos muy bien proyectados, pero que no se han hecho hasta el momento actual. La construcción del alcantarillado, como acabo de decir, avanza lentamente, y ello, unido a que no se dispone de las cantidades de agua necesarias para su funcionamiento, son las causas de que abunden los pozos negros, impermeables en teoría, pero tan permeables en la práctica, que han contaminado todo el subsuelo de la ciudad, en la que también abundan los pozos de

agua dedicada a la bebida por gente poco escrupulosa; agua que, como es natural, presenta todos los caracteres químicos y bacteriológicos propios de su contaminación.

El agua potable de los ingleses, o de los caños de Carmona, puede decirse que es poca y mala, aun siendo una de ellas mejor en calidad que la otra. Diariamente se practican análisis en el Laboratorio municipal, que dirige tan acertadamente el Dr. Franco, y yo creo que en realidad debían suprimirse esos análisis, porque si consecutivamente a ello no va a tomarse ninguna medida, no creo que conduzca a nada práctico el cerciorarnos cada día más de la contaminación de las aguas que surten a Sevilla. Quedemos, pues, que no tenemos aguas buenas ni aguas malas, sino aguas malas y aguas peores. Todas ellas tienen una cantidad global de gérmenes, incompatibles con el concepto higiénico de lo que debe ser el agua potable, y en todas el número de colibacilos está muy por encima de la que se puede admitir dentro de unas regulares condiciones de potabilidad.

Y lo más triste del caso es que en sus orígenes esas aguas distan mucho de ser malas, y que es la captación primero y luego la aducción a la ciudad, hecha en condiciones muy defectuosas, lo que las contamina y lo que hace de ellas una amenaza para la salud pública. El agua de los caños de Carmona ha estado durante muchos años en comunicación franca y leal con una cloaca vecina, comunicaciones que al fin fueron descubiertas, y que daban paso a un caudal tan importante de aguas sucias, que después de las obras se notó un descenso en la cantidad de agua que llegaba a la población por dichos caños. Aun hoy en día es muy posible que, sin llegar las filtraciones a la importancia de entonces, existan y sean las originarias de esas contaminaciones que el laboratorio diariamente comprueba.

Además, las aguas a su paso por un pueblecito cercano reciben por aberturas determinadas, a las que los vecinos se creen con derecho, cuantas suciedades e impurificaciones se les antojen a aquéllos, sin que hasta ahora se haya logrado impedirlo. En realidad, todos estos inconvenientes podrían corregirse sin gran esfuerzo si la cultura del pueblo estuviera a un nivel conveniente. Como en realidad no es así, yo veo muy lejano el día en que el problema higiénico de Sevilla haya de encauzarse en el sentido conveniente a la salud y a la prosperidad de sus habitantes. Hay en la actua-

lidad un proyecto de traída de aguas que se destinarían solamente a uso industrial y de limpieza; pero, a pesar de que en este proyecto se dispone que el agua se filtre, mucho me temo que no se haga, que se emplee para todo uso, y como la toma de esa agua, aunque efectuada más arriba del punto de desagüe de las alcantarillas, está aún influenciada por las mareas, podría muy bien suceder que aun cuando mejorase la situación con respecto a cantidad de agua disponible, no se notase absolutamente nada esta mejoría en el estado sanitario de la población.

Y por no dar una extensión desusada no os hablo del estado de la provincia con respecto a la viruela, y únicamente os diré que casi no pasa día sin que se tenga noticia oficial de la existencia de dicha enfermedad en pueblos y en la misma capital, y como la cantidad de vacuna que se les remite es realmente excesiva, hay que pensar que no se emplea. El paludismo es también endémico en una buena parte de esta provincia, singularmente en los pueblos ribereños del Guadalquivir, del Genil y del Guadaira, sin que hasta la fecha nadie se haya preocupado de luchar contra la enfermedad.

Este es el estado en cuanto a Sanidad de la provincia de Sevilla. Estáis próximos a obtener vuestro título profesional, y muchos de vosotros ejerceréis bien pronto en Sevilla y en los pueblos de su provincia; y nada sería más meritorio que dedicar vuestros conocimientos, vuestras actividades y vuestra influencia a mejorar poco a poco la situación y a conseguir con el transcurso de los años que la provincia de Sevilla sea lo que tiene derecho a ser, dadas sus condiciones naturales: una de las provincias de menor mortalidad de España. Pensad ahora si es importante la higiene, y si merece la pena o no que consagréis unas cuantas horas a su estudio.

DR. JOSÉ A. PALANCA,
Comandante Médico.

VARIEDADES

Ha sufrido un accidente de motocicleta en Melilla el Capitán Médico D. Salustiano Más, que le produjo lesiones de alguna consideración. También ha sufrido la fractura de una pierna en Barcelona, a causa de una caída producida por un resbalón del caballo que montaba, el Capitán Médico D. Estanislao Cabanes.

Celebraremos el completo restablecimiento de ambos estimados compañeros.

* * *

Ha sido nombrado Director del Instituto de Higiene Militar el Coronel Médico Ilmo. Sr. D. José González Granda.

* * *

Se está montando en Melilla, por obreros especializados enviados por el Parque Central de Sanidad Militar, un barracón quirófono desmontable, adquirido recientemente, y que puede ser transportado a lomo, constituyendo una amplia sala de operaciones en la cual pueden actuar cuatro cirujanos.

* * *

El Capitán Médico D. Ildefonso Martín ha remitido por nuestra mediación 10 pesetas para la suscripción del mausoleo a nuestros compañeros muertos en Africa.

Dicha cantidad la hemos entregado al Habilitado de la primera Región, Sr. Tintorero.

* * *

Ha fallecido en esta Corte el estimable Subinspector farmacéutico de primera clase, en situación de reserva, D. Antonio Roa.

* * *

Bajo la presidencia de S. M. la Reina Doña María Cristina, celebróse, en la tarde del 7 del corriente, la entrega de títulos e imposición de insignias a 27 enfermeras de San Vicente de Paúl, en el hospital de Carabanchel.

El Director del Establecimiento, Coronel Médico D. Venancio Plaza, con frases muy acertadas y expresivas dió las gracias a Su Majestad por haberse dignado acudir a la fiesta, realzando la hermosa misión de las Hermanas de la Caridad, digna conjunción de la religión y la ciencia.

El Comandante Médico D. Gregorio Gonzalo leyó a continuación los nombres de las nuevas enfermeras, a quienes la Reina Cristina entregó el título y la insignia correspondiente.

Las hermanas cantaron escogidas plegarias que fueron muy aplaudidas.

Asistieron a tan interesante acto, entre otras distinguidas personas, el Capitán general, Gobernador Militar e Inspector de Sanidad de la primera Región.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Antagonismo entre la adrenalina y los principales alcaloides de la quinina. Mecanismo de la aceleración cardíaca provocada por estos alcaloides a pequeñas dosis, por A. Clerc y C. Pezzi.—La acción antagonista respecto a la adrenalina, puesta de relieve por los autores a propósito de la quinina, caracteriza igualmente a los principales alcaloides que pertenecen al mismo grupo, o sean la quinidina, la cinconina y la cinchonidina; todos estos cuerpos paralizan al centro bulbar del vago, mientras que la adrenalina lo excita.

La quinina y su isómero la quinidina paralizan el centro bulbar

del neumogástrico, hasta el punto de impedir la reacción cardiovascular típica provocada en el perro por la inyección de 1 c. c. de adrenalina al 1 por 20.000, y esto por dosis comprendidas entre 1 centigramo, 5 y 2 centigramos por kilogramo.

La aceleración cardíaca debida a los cuatro alcaloides no depende de una parálisis del vago central, parálisis que lleva consigo secundariamente la preponderancia de los aceleradores: es, al contrario, la excitación directa de estos últimos la que entra en juego. Las experiencias de Clerc y Pezzi muestran, en efecto, que $\frac{1}{2}$ centigramo (por kilogramo de animal) de la droga en

solución a $\frac{1}{10}$ provoca una taquicardia en el curso de la cual el reflejo óculocardiaco se conserva siempre, lo que prueba que el centro bulbar del décimo par continúa excitable.

Estas conclusiones no se refieren más que a las dosis débiles. Si se pasa de 1 centígramo por kilogramo, el reflejo óculocardiaco desaparece y la parálisis del vago central puede entonces ejercer indirectamente un efecto suplementario; en fin, el vago periférico puede, a su vez, ser paralizado; pero se necesitan para llegar a este resultado dosis mucho más fuertes y, en general, tóxicas.—(*Archivos de las enfermedades del corazón.*) Tomo XVI; núm. 1. París, Febrero 1923. COMENGE (*Siglo Médico*).

*
* *

El efecto del extracto pancreático (insulina) en conejos normales, por F. G. Banting, C. H. Best, J. B. Collip, J. J. R. Macleod y E. C. Noble.—El grado de la acción de las dosis subcutáneas de insulina varía; decididamente es más bajo en las preparaciones impuras que en las que dan solamente reacciones preteicas muy débiles. Con las primeras, el azúcar sanguíneo puede no haber logrado su minimum; con las últimas, el minimum puede obtenerse antes de las cuatro horas. Si el azúcar no ha descendido más de 0,065 en cuatro horas, puede hacerse el examen nuevamente a las cinco o seis horas. Si no cae por bajo de este nivel, la experiencia designa arbitrariamente a dicha cantidad como medias dosis del conejo. Cuando todos los conejos se alimentan con avena y heno, con objeto de hacerlo con uniformi-

dad, los resultados de la misma dosis de la misma preparación no son idénticos en los diferentes conejos, en lo que se refiere tanto al azúcar sanguíneo como a los síntomas. Otros hallazgos se indican en las siguientes conclusiones: «1.^a, extractos alcohólicos purificados de páncreas, para los que proponemos el nombre de *insulina*, cuando se inyectan subcutáneamente en conejos normales, producen un descenso del azúcar sanguíneo a las pocas horas; 2.^a, como un intento de base para el ensayo fisiológico de la insulina, consideramos como una unidad el número de centímetros cúbicos que produzca un descenso del azúcar sanguíneo hasta 0,045 por 100 al cabo de cuatro horas. Esta dosis es decididamente activa para hacer disminuir el azúcar sanguíneo en los enfermos diabéticos; 3.^a, al mismo tiempo que disminuye el azúcar sanguíneo como resultado de las inyecciones de insulina, el conejo presenta síntomas muy característicos, los más tempranos de los cuales son los signos de hambre y sed, hiperexcitabilidad y temor aparente; 4.^a, el animal puede curarse de estos primeros síntomas; pero frecuentemente, con las preparaciones activas, la hiperexcitabilidad se hace extrema y sobrevienen movimientos convulsivos clónicos que afectan al cuerpo entero y duran varios minutos. Entre las convulsiones el animal está echado sobre un lado en un estado más o menos comatoso con una respiración superficial, rápida y frecuentemente periódica; 5.^a, en la mayor parte de los casos que han presentado convulsiones, el azúcar sanguíneo se ha encontrado por bajo de 0,045 por 100; 6.^a, las in-

yecciones subcutáneas de solución de dextrosa sirven de antídoto para las convulsiones y demás síntomas, así es que el animal a los pocos minutos se restablece hasta un estado normal soportable. Síntomas parecidos pueden presentarse nuevamente; pero también se corrigen con la dextrosa; y 7.^a, en los animales que mueren como resultado de los síntomas se observa comúnmente una degeneración muciginosa peculiar del tejido subcutáneo de la pared abdominal.» Antes, se dice en el mismo artículo: «Algu-

nas veces este material forma un tumor más o menos circunscrito, y particularmente, después de la inyección de azúcar, una considerable cantidad de líquido puede existir con el material parecido a la mucina. El líquido tiene fuertes propiedades reductoras. En ningún otro sitio del organismo hemos observado esta alteración particular. No se debe a una acción local de la insulina, puesto que ésta se inyectó siempre en la espalda.» (*Amer. J. Physiol.*, 62, 1922, 162-176.) (*Siglo Médico.*)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

El mal de Pott en el soldado.—DUGUET (*Le Bulletin Médical*, número 10, 28 de Febrero, 3 de Marzo de 1923. París).—Considera frecuente en el soldado la tuberculosis quirúrgica, teniendo lugar preferente el mal de Pott.

Señala las diferentes causas que dificultan su diagnóstico y cita dos casos de lesiones bien curadas, cicatrizadas, que dejaron en el esqueleto huellas profundas, las cuales sólo pudieron ser diagnosticadas por la radiografía.

En el soldado es más frecuente la forma superficial difusa que la necrosis limitada y cavernosa.

Ha observado como característica la evolución insidiosa, siendo frecuente que la aparición del absceso sea la primera manifestación del enfermo, sin otros síntomas anteriores.

Refiere el caso de un enfermo diagnosticado de lumbago, en el

que a los cuatro meses se observa un absceso insidioso como primera manifestación de ser un pottico; y otro que, aquejando dolores lumbares tenaces, hace durante cuatro años ejercicios violentos, tomando parte en concursos hípicas, sufriendo más tarde una neuralgia del fémorocutáneo y a los seis meses aparece un absceso ilíaco.

Considera raro en el soldado la escoliosis progresiva, la espondilosis, las radiculitis y la histeria.

El lumbago debe ser diagnosticado después de eliminadas todas las lesiones óseas.

Termina estimando laborioso el diagnóstico del mal de Pott en el soldado por su evolución insidiosa, carácter fugaz de los primeros síntomas e interpretación delicada de los mejores clichés radiográficos.—Pérez Larrosa.—(*Clinica y Laboratorio*, Mayo 1923.)

SECCIÓN OFICIAL

- 3 Julio.....—Real orden (*D. O.* núm. 145) destinando al Teniente Médico D. Miguel Gracián Casado al grupo de Fuerzas Regulares indígenas de Ceuta, núm. 3.
- 4 » Real orden (*D. O.* núm. 147) disponiendo que vuelvan a regir para la venta de maleína, elaborada por el Instituto de Higiene Militar el precio anterior de 0,50 pesetas la ampolla y el de una peseta vial.
- 5 » Real orden (*D. O.* núm. 147) confirmando el empleo superior inmediato al Comandante Médico D. José Andújar Solana y al Capitán Médico D. Emilio Romero Maldonado.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 147) confirmando el empleo superior inmediato al Farmacéutico primero D. Jaime Blanch Vila y al Farmacéutico segundo D. Vicente Navarrete Salaya.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 148) concediendo la Cruz del Mérito Militar, con distintivo rojo, a los Jefes y Oficiales siguientes: Comandantes Médicos D. Mariano Gómez Ulla y D. Emilio Blanco Lon; Capitanes Médicos D. Rafael Criado Cardona, D. Antonio García-Pantaleón Canis, D. Pompeyo Cáceres Gordo, D. Diego Medina Garijo, D. Manuel Sanjuán Moliner, don José Buera Sánchez, D. Vicente Giner González, don Alfredo Martín Lunas, D. Pedro Alvarez Nouvilas, D. José Torres Pérez, D. Ignacio Olea Herráiz, D. Ramón Jiménez Muñoz, D. Isidro Muñoz Crego, D. Heriberto Villalobos Ballesteros, D. Antonio Oliveros Ruiz, D. Manuel Bollero García, D. Victoriano Peche Blanco, D. Vicente Vilar García, D. Blas Hidalgo Sánchez, D. Francisco Tarifa Mendoza, D. Emilio Alavedra Rocanegra, y Tenientes Médicos D. Joaquín Sanz Astolfi, D. Juan de Dios Jimena Fernández, D. Manuel Torrecilla Carrión, D. Juan Pruneda Cornago, D. Eu-

- genio Luengo Tapia, D. Atilano Cerezo Abad, don Leandro Martín Santos, D. Antonio Moncada Jareño, D. Wenceslao Alba Arambarri, D. Manuel Mazo Men- do, D. Nicolás Cantos Borreguero, D. Joaquín Cervi- nino Aguirre, D. Juan Aracama Gorosabel, D. Juan Arias Ramos, D. Domingo Hergueta Serín, D. Eusebio Navacerrada Rodríguez, D. José Moreno de Monroy, D. Juan González Alvarez y D. Angel Mora Sánchez.
- 6 Julio.— Real orden (*D. O.* núm. 148) anunciando la provisión por concurso de una plaza de Capitán Médico radiólogo, vacante en el Hospital militar de Badajoz.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 148) disponiendo que el Hospital militar de Xauen continúe en su dotación de 100 ca- mas, y que sean destinados al mismo un Capitán y un Teniente Médicos designados de entre los que consti- tuyen la plantilla del territorio de Ceuta, no excedien- do de seis meses el tiempo de permanencia, pudiendo ser relevados cada tres meses.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 148) concediendo al Farmacéu- tico primero D. Alberto Rodríguez Alvarez licencia para contraer matrimonio con D.^a Clotilde Martínez Ugarte.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 148) disponiendo que en tanto persistan las actuales circunstancias sean atendidos en Melilla los servicios de cirugía por los Jefes y perso- nal a sus órdenes de los catorce equipos quirúrgicos de la Península, alternando cada veinte días, hacién- dose los nombramientos y relevos por el Ministerio de la Guerra.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 148) resolviendo que el Coman- dante Médico D. José Fernández Casas vuelva al ser- vicio activo, quedando disponible en esta Región hasta que le corresponda ser colocado.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 149) aprobando la declaración de reemplazo por enfermo hecha por el Capitán gene- ral de la sexta Región a favor del Capitán Médico don José Arangüena Ugalde.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 149) disponiendo que el Coronel

- Médico D. José González-Granda y Silva pase destinado al Instituto de Higiene Militar, como Director.
- 7 Julio... —Real orden (*D. O.* núm. 149) disponiendo que el Comandante Médico D. Julio Camino Galicia pase a prestar sus servicios a la clínica de dementes del Hospital militar de Madrid-Carabanchel.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 149) disponiendo la creación de un nuevo equipo quirúrgico que actuará en Melilla, y anunciándose concurso para la provisión de Jefe del mismo entre los Comandantes Médicos destinados en los grupos de Hospitales de la referida Plaza.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 150) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios al Comandante Médico D. Paulino Fernández Martos, para París, Strasburgo y Roma.
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 150) disponiendo que la gratificación de residencia en Africa se perciba por días, a partir de aquel en que se desembarque en el territorio hasta el en que se embarque para regresar a la Península o continúe en Africa en situación que no sea la de actividad, y que al salir del territorio con licencias que no fueran por heridas recibidas en campaña no se perciba la referida bonificación.

Correspondencia administrativa de la Revista.

- D. Ildefonso Martín.—(Larache)—Queda abonada su suscripción hasta fin de Junio del presente año.
- D. César Alonso.—(Melilla).—Idem id. id.
- Sr. Serratos.—(Ronda).—Idem id. id.
- Sr. Lozano.—(Melilla).—Idem id. id.
- Dr. Oliván.—(Melilla).—Queda abonado el primer trimestre del corriente año.
- Sr. Palanca.—(Sevilla).—Queda abonada su suscripción hasta fin de Junio del corriente año.
- Hospital militar de Lérida.—Idem id. id.
- Sr. Jimena.—(Melilla).—Idem id. id.
- Sr. F. Lozano.—(Almería).—Idem id. hasta fin de Septiembre del corriente año.