

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año II

Madrid, 1.º de Noviembre de 1912.

Núm. 21.

SUMARIO

En el Hospital militar de Madrid: Homenaje á la memoria de un compañero, por García Sierra.—*Un caso de epilepsia jacksoniana curado por la cranectomía*, por Francisco Luque.—*Un caso de otorrea crónica y abceso extradural*, por el Dr. A. Ramírez Santaló.—*La inmunidad en la tuberculosis* (continuación), por el Dr. Martín Salazar.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica: Tratamiento de las fracturas diafisarias del húmero por la extensión continua*.—*La toxicidad de la orina en el sarampión y en otras enfermedades infecciosas*.—*El bocio exoftálmico en el hombre*.—*Las vías de infección en su relación con la supresión de la fiebre tifoidea*.—*Tratamiento de los dolores gástricos*.—*Prensa militar profesional: La escasez de Médicos en Alemania*.—*El trabajo de los perros sanitarios en las grandes maniobras del Oeste de Francia*.—*Los síntomas del aparato circulatorio en el comienzo de la tuberculosis, y su significación para el Médico militar*.—*Bibliografía: Real expedición filantrópica para propagar la vacuna en América y Asia (1803) y progresos de la vacunación en nuestra Península en los primeros años que siguieron al descubrimiento de Jenner*, por el Dr. Castillo y Domper.—*Socorros médicos de urgencia que puede prestar la pareja de la Guardia Civil, con una guía médica para los puestos*, por el Dr. D. Emilio Alonso García Sierra.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—*Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Noviembre de 1912*.—*Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar*.

EN EL HOSPITAL MILITAR DE MADRID

Homenaje á la memoria de un compañero

El día 14 del corriente, y después del reconocimiento de inútiles, tuvo lugar, en la Sala de Juntas del Hospital Militar de Carabanchel, el acto de la entrega de un retrato y del sable de nuestro infortunado é inolvidable José María Aparici, con destino al Museo de Sanidad Militar.

Formaban la Comisión portadora: el Coronel de Estado Mayor, hermano del muerto, D. Rafael Aparici, y sus hermanos políticos el Coronel de Ingenieros, D. Pedro Vives, y el Capitán de la Guardia civil, D. Miguel Camino, apellidos tan relevantes en el Ejército, que al unirse por un común sentir al sentir nuestro en aquel momento, dió al mencionado acto una solemnidad verdaderamente extraordinaria.

Presidía el Excmo. Sr. Inspector D. Pedro Altayó, y previa su venia, el Sr. Coronel Aparici, con frase entrecortada por la emo-

ción, dió cuenta de la comisión que le llevaba hasta nosotros, contestándole por todos en una brillantísima disertación el Sr. Subinspector D. José Gámir. Pues bien; esto, que así relatado parece de una inusitada sencillez, produjo en el ánimo de todos una emoción inmensísima, imposible de reflejar fielmente.

José María Aparici conquistó á cuantos le trataron, con aquel corazón inagotable, de bondad infinita. Fué, á no dudarlo, un héroe del bien. El pueblo todo de Alcalá, que bendijo su nombre muchas veces, le acompañó á su entierro, y su recuerdo imborrable quedó para cuantos le trataron.

Pero las condiciones en que enfermó y murió, sólo sus compañeros podemos justipreciarlas en su valor inmenso, como típico mártir de los sacrificados por la Ciencia y por el bien de sus semejantes; y al evocar, con lo delicado del homenaje, las causas que lo originaban y la enorme personalidad del para siempre ausente, una corriente de afecto purísimo inundó el salón de reuniones é impresionó vivamente á cuantos le ocupábamos, recogiendo muy acertadamente el Excmo. Sr. Inspector, que con sus sentidas frases puso digno final á aquel homenaje, que tuvo, repito, toda la solemnidad de lo verdaderamente sentido.

El Jefe de la Sección de Sanidad Militar, Sr. Lacalle, apoyó con entusiasmo tan plausible idea, pero no pudo asistir al acto por impedírselo atenciones urgentes del servicio.

El retrato y el sable figurarán en nuestro Museo, para que las generaciones de Médicos militares que nos sucedan vean en ellos que ha habido un individuo del Cuerpo que supo, en pro de su uniforme, vivir como un héroe de bondad, morir como un mártir de su deber.

GARCÍA SIERRA

Un caso de epilepsia jacksoniana curado por la craneotomía

Es indudable que para la exposición clara de un hecho clínico se ha de llevar cierto orden, como se viene haciendo desde tiempo inmemorial, llamándose ésta manera especial de relatar historia

clínica; es preciso confesar que el comienzo de todas ellas es tan parecido, que parecen copias las unas de las otras, y de puro iguales hasta cansan por su monotonía; pero ocurre que cuando se les quiere dar variación, se pierde el método, y el caso clínico no aparece con la necesaria claridad en la expresión; es por esto por lo que creo siempre preferible relatar los casos, llevando la norma que mandan los cánones y sacrificando siempre la elegancia en la dicción á la única parte que interesa al hombre de ciencia, ó sea el caso que se estudia; y después de estas palabras á modo de justificación, comenzaré, como es costumbre, diciendo que Francisco Córdoba Herrera, corneta del Batallón de Cazadores de Ciudad Rodrigo, fué herido en la retirada del día 11 de Mayo sobre Yadumen y trasladado á la Plaza, ingresando en la sala segunda del Hospital Döcker, á cargo del Dr. Quintana, el día 12 por la noche. Veamos sus heridas, que son dos: un orificio de entrada de proyectil mauser y otro de salida, situados ambos en el lado derecho; el primero se encuentra exactamente sobre la confluencia de las suturas craneales que se conoce con el nombre de *asterión*, ó sea el punto de reunión de los huesos occipital, temporal y parietal, punto que se determina muy bien á unos 5 centímetros en la vertical del vértice de la apófisis mastoides; el orificio de salida corresponde al centro de la región temporal, considerando á ésta como un óvalo; como se ve, es muy difícil describir con absoluta precisión la situación de la superficie del cráneo de una herida tan pequeña como es la producida por una bala mauser.

Vista la situación de ambos orificios, el trayecto es, pues, de unos 6 centímetros de longitud, y oblicuo de atrás á adelante y de abajo á arriba. Suponiendo que pudiera haber lesión ósea, se obtuvo una radiografía, en la que no se observó nada anormal. El estado general del herido es bueno, y únicamente se le nota cierta tristeza y apocamiento; las heridas se hallan también en muy buen estado, y se esperaba la cicatrización de las mismas, cuando el día 17 se nos comunica que el muchacho ha tenido dos ataques durante la madrugada. En el momento de pasar la visita de la mañana, nos avisa el enfermero de guardia que ha vuelto á repetir el ataque al herido, y nos trasladamos al pabellón donde se hallaba instalado, encontrándole acostado en su cama y rodeado de sus compañeros que le sujetan; examinado en este momento, se le aprecian convulsiones clónicas del orbicular de los párpados, y

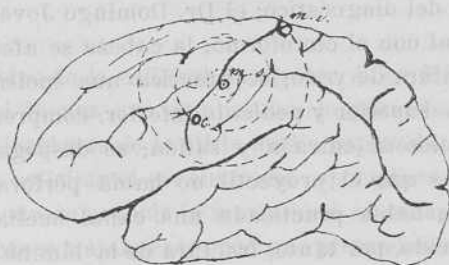
convulsiones tónicas de los músculos superficiales de la cara y de los miembros superiores é inferiores, aunque con gran predominio de los de todo el lado izquierdo y las funciones intelectuales abolidas; este estado dura hasta cinco minutos, y el herido vuelve á la normalidad, manifestando que siente gran cansancio y apreciándosele enorme congestión conjuntival; interrogado sobre los fenómenos que han precedido á los ataques, dice que sintió una terrible punzada en la cabeza y que ya no recuerda más; esta punzada ha sido de igual intensidad y ha precedido á los tres ataques; pero hay que consignar un detalle interesante, cual es, que el primero coincidió con el estampido del cañonazo que se dispara habitualmente á las cinco de la mañana en esta plaza.

Con estos datos ya tenemos suficiente para hacer el diagnóstico de *epilepsia traumática ó epilepsia jacksoniana*, y veamos en qué se basa este diagnóstico; entre los antecedentes, nos encontramos con una herida en las paredes del cráneo, y en el conmemorativo del ataque la presencia del aura representada por la punzada en la cabeza, tratándose, por tanto, de un aura sensitiva, después la pérdida de conocimiento y la caída coincidiendo con la aparición de las convulsiones, que una vez cesadas y al volver el individuo á la vida, siente enorme cansancio y confiesa no recuerda nada de lo que le ha sucedido durante el ataque; el diagnóstico diferencial con la epilepsia vulgar es tan burdo, que nos bastan muy pocos datos para desechar esta idea; en primer término, los antecedentes de la ausencia total de ataques en los veintidós años que lleva de vida el herido, y luego los caracteres de éstos, falta de mordedura de la lengua, la caída menos rápida, puesto que el aura le da tiempo á echarse sobre la cama, y además el predominio de las convulsiones en el lado izquierdo.

No cabe, pues, abrigar duda alguna sobre el diagnóstico establecido, y únicamente queda buscar la explicación del advenimiento de esto que bien pudiéramos llamar complicación de las heridas, y no hemos de vacilar en achacar á la situación de éstas las consecuencias que ha aportado. Efectivamente, de los dos orificios causados por el proyectil, el de salida se halla sobre la porción posterior y superior de la zona rolándica ó región motriz del cerebro, y por tanto, si en su trayecto ha producido la fractura de la pared ósea con hundimiento de los fragmentos (*embarrure*), éstos producen la irritación de la zona motriz, y he aquí el por

qué se ha producido la epilepsia jacksoniana; este mecanismo confirma la definición que nuestro gran Letamendi daba de la irritación, diciendo que es la transformación de toda impresión anti-pática en movimiento repulsivo.

De la descripción del ataque presenciado, se ve que no puede ajustarse á ninguno de los tipos admitidos en la epilepsia jacksoniana, tipo facial, tipo braquial y tipo crural, puesto que no existe predominio de ninguna región sobre otra, y por tanto, es un caso clásico del tipo generalizado, y si existe, como es de suponer, una lesión irritativa pequeña, se hace preciso admitir la interpretación de Brissaud; dando por sentado que estén interesados los centros motores del miembro superior, en la parte media de las circunvoluciones rolándicas; la irritación tiene como primer efecto una convulsión en el miembro superior, y esta misma irritación va invadiendo la superficie del hemisferio hasta llegar á los centros motores de la cabeza y del miembro inferior, y podemos comparar este modo de invasión de la corteza cerebral á las ondas concéntricas que se producen en la superficie del agua al dejar caer sobre ella una piedra. (Figura adjunta.)



Se preguntará que, cómo estando la lesión en el lado derecho de la corteza cerebral, y correspondiendo, por lo tanto, los trastornos al lado izquierdo del cuerpo, por qué mecanismo existían también convulsiones, si bien que con menos intensidad en el lado derecho, y la explicación de esto nos la dan las fibras de asociación largas y las fibras comisurales que reúnen las regiones simétricas y asimétricas de uno y otro hemisferio.

Una vez hecho el diagnóstico de la afección, encontrada su causa, y ya localizada la lesión, urgía poner remedio á esta situación, pues de no cesar los ataques, podrían sobrevenir accidentes,

á veces tan graves como los trastornos intelectuales; afasia, hemianopsia, alucinaciones y delirio furioso, acompañado ó no de las parálisis post-epilépticas, bien monopléjicas ó hemipléjicas y la aparición de las contracturas secundarias; pero los accidentes más graves son: la apoplejía, que puede sobrevenir por rotura vascular, puesto que, cuando las crisis jacksonianas se repiten, acaban por producir alteraciones de la estructura de la substancia gris del cerebro. Otro grave accidente post-epiléptico es el estado de mal, caracterizado por largos períodos en los que los accesos se repiten sin interrupción ni remisión; es decir, que son subintrantes, y puede esta situación durar muchos días y muchas noches, hasta que la muerte pone fin á este desastroso cuadro, ó bien, si sobrevive, se debilita su estado intelectual, y lenta, pero seguramente, camina de un modo fatal hacia la demencia.

Después de hechas estas consideraciones, precisa, pues, en nuestro enfermo intervenir, pero intervenir rápidamente para evitar la aparición de cualquiera de las complicaciones anotadas más arriba; y, efectivamente, el Dr. Quintana, ayudado por la señores Camón é Iglesias, proceden á practicar la craneotomía el mismo día 17 de Mayo, á las tres de la tarde, es decir, *horas después* del establecimiento del diagnóstico; el Dr. Domingo Jover practica la anestesia general con el cloroformo; la cabeza se afeita y se embadurna con tintura de yodo; se practica una incisión en forma de pera, de base superior y pedículo inferior, comprendiendo en el colgajo los orificios de entrada y salida; se despega el periostio y se ve entonces que el proyectil no había perforado el hueso, pero, en cambio, había practicado una canal huella de su paso, habiendo producido, por tanto, fractura de la lámina externa con hundimiento; se hacen dos orificios con las fresas de Doyen al comienzo y al final de esta canal, y se ponen en comunicación mediante la gubia perforante y el escoplo de Chipault, y entonces se aprecia, como ya de antemano habíamos supuesto, la presencia de esquirlas procedentes de la lámina vítrea causa de la irritación de la zona rolándica; se procede á su extracción hasta dejar completamente limpio el foco, y se practica la sutura entrecortada de los labios de la incisión cutánea; se aplica el apósito y se traslada el herido á su cama. La primera cura se hace á los ocho días, pues la ausencia de dolor y de fiebre no indicaban otro proceder, encontrando completamente cicatrizadas, tanto la herida operatoria

como las producidas por el proyectil, y, por tanto, no hay más que quitar los puntos y colocar una gasa aséptica como protección.

El resultado de la operación ha sido asombroso; al herido le hemos visto por última vez hace unos días, ó sea más de dos meses después de la intervención, y no ha vuelto á padecer de más ataques, habiendo recobrado el natural buen humor de su juventud; y este resultado nos viene á dar la justificación de su indicación, y constituye un voto de gran peso en favor de las intervenciones que como ésta se han practicado precozmente, y en cuanto el diagnóstico de la complicación y su causa quedaron afianzados.

FRANCISCO LUQUE,
Médico segundo.

Un caso de otorrea crónica y absceso extradural

Intervención.—Muerte.

Convencidos de la utilidad de ofrecer á los Médicos generales hechos que, á la vez que demuestran la gravedad extraordinaria de las complicaciones de la otitis media supurada, les hagan ver la necesidad de solicitar el concurso del especialista en todos los casos, único modo de reducir la mortalidad no escasa á que dan lugar los ineficaces tratamientos con que pretenden combatir aquella dolencia, no dudamos en dar á la publicidad la presente historia clínica, no obstante el mucho tiempo transcurrido desde su observación:

J. L., soltero y de veinticuatro años, me consulta por un flujo purulento del oído izquierdo que le apareció á los diez, en circunstancias que no puede precisar, y que cesó al cabo de varios meses. Hace siete años tuvo dolores en dicho oído y en la región mastoidea de igual lado, que se inflamó, supurando abundantemente durante larga época, repitiéndose la inflamación hace poco, y obligando al Médico que le asistía á dilatarla para evacuar un absceso que se había formado; con esa intervención cesaron los

dolores, pero la supuración, aunque escasa, continúa por la abertura practicada y por el conducto.

El enfermo fué por su pie á mi consulta, y de igual modo marchó á su casa; se queja de pesadez de cabeza desde hace unos ocho días, y el aspecto de su fisonomía no es satisfactorio.

Al reconocerle, observo en la parte súpero-anterior de la región mastoidea izquierda una pequeña cicatriz adherente al hueso, y debajo de ella un orificio fungoso que corresponde á parte de la incisión practicada, y por el que se introduce el estilete en la dirección del ático y en la longitud de unos seis centímetros. No hay tímpano ni huesecillos y se ven abundantes fungosidades. Las pruebas acústicas corresponden á lesiones del oído medio, estando reducida á la mitad la percepción aérea. No existen trastornos de equilibrio ni pupilares; falta fiebre, el pulso es normal, y nada de interés descubro en el examen de los restantes aparatos.

Formulé el diagnóstico que expuesto queda al enumerar las lesiones, y, convencido de la necesidad de una pronta intervención, propusimos el vaciamiento petromastoideo, que aceptó, y realicé á las cuarenta y ocho horas, auxiliado por mis amigos, el malogrado García y García y F. López. Bajo una cortical delgada encontramos un antro superficial y relleno de fungosidades; incluimos en la brecha la fístula, separamos las paredes externas del aditus y del ático; nos cercioramos que no existía comunicación con la fosa cerebral media ni con el laberinto, y después de raspar las abundantes fungosidades que había, hicimos una autoplastia á lo Siembemann; suturamos la incisión retroauricular y rellenamos la cavidad operatoria con gasa iodofórmica.

Al día siguiente nos manifiestan que tuvo el enfermo abundantes vómitos, que pusimos en la cuenta del cloroformo; no tiene fiebre y se encuentra más despejado, sin ser su estado satisfactorio.

Segundo y tercer día se encuentra igual, pero sin vómitos.

Al cuarto se queja de intensa cefalalgia izquierda; no ha dormido, sigue apirético y presenta fenómenos de infección gastrointestinal. Levanto la cura y observo la herida con muy buen aspecto.

Quinto día. Se acentúan los síntomas del aparato digestivo; la lengua está seca y oscura y los dientes fuliginosos. Hay dolor intenso á la presión de la fosa ilíaca derecha; aqueja vértigos, vómitos biliosos, y la cefalalgia es violenta y más acentuada en la

región témporo-parietal, exacerb ndola extraordinariamente la presión de esta parte. Tiene torpeza cerebral. No hay fiebre ni alteraciones pupilares, y recojo sangre para hacer suerorreacci n.

El mismo síndrome expuesto se observaba al día siguiente con aumento del embotamiento intelectual, y con el resultado negativo de la suerorreacci n diagnostico un absceso extradural. Tuve una consulta con nuestro compañero García; examinamos la herida detenidamente, encontrándola en buen estado, y, conforme con nuestro juicio, convinimos en la necesidad de practicar una nueva operación, que no aceptaron.

Todos los síntomas se acentuaron el séptimo día, primero de fiebre, que tiene 38,5 de temperatura, bajando el pulso   64, y aparece el coma, que le ocasiona la muerte al octavo día de nuestra intervención. En todo el curso de la dolencia no tuvo trastornos de la motilidad ni de la sensibilidad, exceptuado el dolor de cabeza.

Sobrada importancia presenta el relato que acabo de hacer para justificar el que nos detengamos en los aspectos más interesantes, y lo primero que debemos analizar es la certeza del diagnóstico que formulamos de absceso intracraneal.

Hace unos cuantos años, no hubiéramos titubeado en calificar de latente el absceso de nuestro enfermo; pero, como dice Luc (1), con cuya opinión estamos de acuerdo, la latencia de dichos abscesos es de lo más relativo que hay, y está en razón directa de la ignorancia   defecto de perspicacia del médico; citando dicho autor, en comprobación de sus ideas y en una época, añade, que estaba poco familiarizado con la sintomatología de las supuraciones intracraneanas, dos historias cl nicas, reproduciendo nuestro enfermo exactamente una de ellas. En efecto; la cefalalgia que aquejaba, y acerca de cuyo asiento y caracteres no hicimos investigación especial, junto con su fisonomía triste y aspecto abatido, eran motivos bastantes para sospechar tan grave complicación en la primera visita, cuando comenzaba, que es el período en que más nos importa descubrirla.

Al cuarto día de la operación no había motivos para dudar de la colección purulenta, y si decidí hacer la aglutinación t fica, y reserv  el diagnóstico hasta conocer este extremo, fué culpa de una epidemia de fiebre tifoidea que padeci mos y del predominio

(1) «Supurations de l'oreille moyenne», pág. 245.

de los síntomas gastro-intestinales que presentaba el operado; y nuestro juicio se robustecía con un breve recuerdo de las afecciones que podían simularlo, ya que la marcha crónica de la enfermedad primitiva, la de la complicación y la carencia de fiebre, permitían eliminar la leptomeningitis y la trombosis sinusiana, sobrando razones para excluir la meningitis serosa y la laberintitis supurada.

Respecto al asiento del foco, y no obstante nuestra creencia de que se hallaba fuera de la envoltura del encéfalo, juicio fundado en la carencia de síntomas especiales, no afirmáramos de modo categórico nuestra opinión, y tampoco nos hubiera sorprendido en una nueva intervención hallarle en el cerebro ó en el cerebelo.

No deja de ofrecer interés la probable antigüedad de la lesión, que nos creemos autorizados á señalarle, por lo menos la que tenía la cefalalgia, ligera y sin localización manifiesta en un principio, y que hacía remontar á un período de ocho días, y es en algunos casos el desarrollo del absceso tan lento, particularidad chocante, dada la escasa resistencia del encéfalo, que en el enfermo de Caboche permitió la intervención, seguida de éxito, á los *veintinueve* días de haber comenzado el absceso su formación, y en otro del Dr. Cisneros (*Boletín de Laringología*, etc., núm. 33), cuyo asiento era el cerebelo, tardó ¡cuatro meses! en ocasionar la muerte. El no haber encontrado lesiones óseas, fístula, fungosidades, osteitis, en el acto operatorio, nos impide aceptar esa patogenia, que es la que con mayor frecuencia reconoce la complicación que estudiamos en las otorreas crónicas, y hemos de invocar la participación del sistema vascular ó de alguno de los múltiples caminos que ofrece el peñasco para explicar la propagación de la infección origen del foco purulento.

Bien determinada la conducta que debe seguirse frente á una complicación intracraneana, originada por lesiones del oído medio, no nos detendremos en su exposición; pero sí diremos que la precocidad en el diagnóstico y en la intervención dan las mayores probabilidades de éxito. Respecto á la vía que debe seguirse para alcanzar el foco séptico, están de acuerdo los especialistas en dar la preferencia á la mastoidea, ya que ella por sí sola basta á hacer desaparecer en ocasiones los graves trastornos cerebrales que acompañan á ciertas mastoiditis; es la más racional, porque nos conduce á menudo al sitio de la lesión, se aplica á todos los casos,

y es más directa, ofreciendo mayores garantías al enfermo por suprimir el foco otomastoideo, causa de la complicación, y nos proporciona un excelente desagüe. Cuanto acabamos de decir está sintetizado por el Dr. Botey, en su comunicación al VII Congreso Internacional de Otología, de Burdeos, y que reproducimos. Lo que se debe sobre todo hacer, dice aquel autor, es obrar lo más pronto posible, y escoger un proceder que permita operar sobre el cerebro, el cerebelo ó el seno transverso.

Diremos con franqueza que nuestra conducta, en un caso semejante al que exponemos, no sería la que observamos entonces, rectificación muy principalmente debida al mejor conocimiento que de la sintomatología de las complicaciones cefálicas de la otitis tenemos, y á la enseñanza deducida de nuestra práctica, de la necesidad de obrar en estos casos con la mayor diligencia. Es cierto que el síndrome de los abscesos intracraneanos en muchos casos, y debemos consignarlo en descargo de los errores de diagnóstico que á diario se cometen, es precario; su comienzo insidioso, y nada hay que permita sospechar, al que carece de la suficiente experiencia, que tan grave complicación se desarrolla; esos fueron los motivos que nos impidieron reconocer la colección purulenta en nuestro enfermo en la primera visita, pues no dudamos que existía en aquella fecha. Para hacer frente á tan peligrosa situación, y á más de la detenida inspección que en todos los casos debe ejercer el médico, recordaremos el precepto científico de contentarse para formular el diagnóstico con signos de probabilidad, y no limitar la intervención á la primera etapa, trepanación ó vaciamiento mastoideo, sino poner al descubierto la duramadre, dispuestos á seguir adelante de ser preciso, pues no es para ser tenido en cuenta el insignificante riesgo que con tal proceder corre el enfermo, si se compara con el gravísimo que lleva consigo el abandono de toda colección purulenta intracraneana.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

LA INMUNIDAD EN LA TUBERCULOSIS

(CONTINUACIÓN)

En este descubrimiento originalísimo de Alberhalden tenemos envuelta la revelación de la naturaleza y origen de los anticuerpos en los fenómenos de inmunidad, y comprendida la idea fundamental que debe presidir á la concepción de estos fenómenos, que es á saber: que los anticuerpos en general obran como fermentos, y que el proceso de destrucción de los microbios y sus venenos por los respectivos anticuerpos es una función idéntica á la digestión. Las aglutininas, las precipitinas, las opsoninas y singularmente las lisinas, no son otra cosa que fermentos proteolíticos, y, como ellos, se comportan y obran frente á las sustancias albuminoideas extrañas que invaden el organismo, ya sean libres, ya formando parte de la estructura de los microbios.

Esta doctrina explica además perfectamente, como veremos después, los fenómenos de hipersensibilidad ó anafilaxia, cosa que ya había sido barruntada antes por varios autores que señalaron el hecho de que los síntomas anafilácticos eran muy parecidos á la intoxicación por los productos de desintegración de las proteínas, singularmente de las peptonas inyectadas directamente en la sangre.

Ya en el camino experimental de la producción de fermentos en el organismo como medio de defensa contra las sustancias albuminoideas extrañas, trató Aberhalden de averiguar si igual ley cumpliase con la introducción por vía subcutánea ó intravenosa de los hidratos de carbono;

y en efecto, después de inyectar una solución de azúcar de caña en las venas de los conejos, pudo comprobar por medio del polariscopo la acción inversiva de un fermento producido en el organismo del animal, y existente en el suero de la sangre, que producía *in vitro* la inversión de una solución del azúcar dicho.

Igual prueba intentó hacer con la inyección paraintestinal de grasas extrañas, reconociendo después en el suero de la sangre mayor capacidad de descomponer la grasa inyectada; pero dificultades de técnica le han impedido llegar á un resultado definitivo, pues si se inyectan las grasas debajo de la piel, quedan largo tiempo sin ser absorbidas, y posiblemente antes de serlo son ya desdobladas en alcohol y ácidos grasos, y si se introducen por vía intravenosa producen embolias que matan pronto al animal. De todos modos, la presencia durante algún tiempo de partículas grasas en los plasmas linfáticos después de comidas abundantes y la facilidad con que se depositan como reservas en el tejido conjuntivo, prueban bien que las lipasas ó fermentos de las grasas no son productos reaccionales tan fáciles de formar en el organismo como los fermentos proteolíticos. La misma función digestiva, que, como hemos dicho antes, es el remedo de las defensas químicas internas del individuo, ofrece el ejemplo elocuente de que precisamente las grasas son los principios inmediatos menos transformables, pues los fenómenos de emulsión y saponificación que se dan en el intestino casi no alteran su naturaleza. De este hecho podemos colegir que los antígenos microbianos que lleven en su constitución elementos grasos, sobre todo grasas neutras, engendrarán con dificultad anticuerpos capaces de desintegrarlos y destruirlos. Este es justamente el caso del bacilo de Koch, rodeado de una cubierta compuesta de grasas neutras y ácidos grasos, que ofrece, por falta

acaso de la fácil formación de lipasas específicas que lesionen esta cubierta, una gran resistencia á ser atacado por sus fermentos proteolíticos.

De todo lo anteriormentē expuesto se desprende: que los progresos recientes de la química biológica han colocado los fenómenos de inmunidad dentro de la esfera de los progresos fermentativos; y que, en una gran parte al menos, las defensas del organismo contra las infecciones son debidas á la formación de fermentos específicos que tienen la propiedad de destruir los agentes que obran como antígenos.

Esta nueva doctrina, más amplia y comprensiva que las otras, no sólo explica mejor todos los fenómenos de inmunidad, sino que señala nuevos derroteros á la investigación, de los cuales pueden surgir muy interesantes descubrimientos en el porvenir. Por lo pronto, pueden darse por descubiertos por el propio Alberhalden dos hechos nuevos de un gran interés científico: uno de ellos es el diagnóstico precoz del embarazo, por haber encontrado en la sangre de las embarazadas un fermento que peptoniza las substancias albuminoideas contenidas en los extractos de placenta; y otro hecho es la posibilidad del diagnóstico de las infecciones agudas en que una gran cantidad de microbios entran en la sangre. En este último caso, el suero de la sangre de los enfermos puede contener fermentos proteolíticos, que desintegran las substancias proteicas propias de los microbios específicos. Fundado en esto mismo, ha demostrado Alberhalden que los animales enfermos de tuberculosis presentan en su suero un fermento capaz de descomponer en polipéptidos el albuminoide propio del cuerpo de los bacilos de Koch; mientras que el suero de los animales sanos carece en absoluto de semejante propiedad. Yendo más allá en sus investigaciones, ha podido observar igual fenómeno en

los animales afectados de tuberculosis miliar; y propone, como de gran utilidad práctica, el diagnóstico de esta forma de tuberculosis aguda en el hombre, por medio de los métodos ópticos de que se ha servido él para determinar la existencia de polipéptidos formados en la fermentación producida por la acción del suero de la sangre de los enfermos sobre la proteína del bacilo tuberculoso.

Descrita ya, á grandes rasgos, la doctrina general de los fermentos preventivos, tratemos de estudiar ahora, conforme con ella, los hechos referentes á la inmunidad general relacionados con la tuberculosis.

II

No deja de ser extraño que, dado el movimiento investigador, verdaderamente asombroso, que existe en el mundo en busca de la prevención y cura de la tuberculosis, no se vea recompensado tanto esfuerzo, ya que no con un éxito definitivo, al menos con orientaciones nuevas que hagan concebir mayores esperanzas para un porvenir próximo. Cuando se reflexiona profundamente sobre este fenómeno, dan ganas de pensar si los derroteros que siguen la mayor parte de los investigadores son caminos de desorientación, ó, al menos, si los métodos ordinariamente usados por ellos están inspirados en ideas equivocadas sobre la génesis y naturaleza de este padecimiento. De aquí que, siempre que yo observo un investigador que, con personalidad científica bastante para discurrir por sí, se sale de la senda trillada por los demás, y llama la atención sobre nuevos caminos que seguir, me siento atraído hacia él, y sigo con gran interés el curso de sus trabajos é investigaciones.

DR. MARTÍN SALAZAR

(Continuará.)

VARIEDADES

Desde el 10 al 17 del corriente se han celebrado, en el Anfiteatro grande de nuestra Facultad de Medicina, unas sesiones científicas, organizadas por la Liga Antituberculosa, que preside el ex-Ministro y Catedrático D. Amalio Gimeno.

En ellas se han discutido, por los más renombrados especialistas de España, los temas más importantes de tuberculosis, sobresaliendo los trabajos presentados por Verdes Montenegro, Espina, Payé y Raventós, de Barcelona, sobre quimioterapia en la tuberculosis, dirección clínica de un tuberculoso crónico de tipo normal, y tratamiento por el pneumotórax artificial, respectivamente.

El Cuerpo también ha tenido lucida representación, constituyendo una de las notas más salientes el trabajo presentado por nuestro querido compañero y colaborador, el Médico primero D. Emilio Alonso García-Sierra, sobre «Meningitis tuberculosa y su terapéutica».

Dicho trabajo, de experiencia personal, y en el que se estudian los métodos de diagnóstico precoz y tratamiento específico, mereció por cuantos le escucharon unánimes alabanzas, á las que de buen grado unimos las nuestras.

*
* *

The Military Surgeon, de los Estados Unidos, correspondiente á Octubre corriente, hace un extracto del artículo publicado en esta REVISTA por el Médico primero D. Fidel Pagés, acerca de la lucha contra las enfermedades infecciosas en campaña.

*
* *

El Excmo. Sr. Jefe de la Sección, D. José de Lacalle, ocúpase en la actualidad de recabar una disposición que autorice la traslación de la Sección Histórica del Museo del Cuerpo, establecido en el Hospital de Carabanchel, á la Academia Médico-Militar.

Es una idea muy acertada, que permitirá á los alumnos y al personal residente en la Corte, ó de paso en ella, hacerse cargo del valor de los objetos allí acumulados, estimulando de mejor ma-

nera su incremento y las enseñanzas, que, al igual de los sustentados por otros Cuerpos y Armas, se deducen de nuestro ascendiente profesional y militar.

*
* *

España Médica publica el trabajo de nuestro querido Director, Sr. Martín Salazar, acerca de «La Inmunidad en la tuberculosis», que tanta aceptación ha tenido entre el elemento médico.

*
* *

Por disposición superior, se ha aumentado la plantilla del Hospital militar de Málaga en un Subinspector Médico de primera clase, suprimiéndose, en compensación, dicha categoría en el de Algeciras.

La importancia de aquella capital, y su proximidad y relaciones sanitarias y militares con el puerto de Melilla, justifican sobradamente dicha resolución.

*
* *

Se encuentra restablecido de la afección bronquial que le retuvo varios días en su domicilio, el Médico mayor D. Higinio Peláez, Ayudante del Inspector Sr. Lacalle.

Lo celebramos muy de veras.

*
* *

La Universidad de Wisconsin (Estados Unidos) ha adoptado el acuerdo de crear el título de Doctor en Salubridad pública, para aspirar al cual se requiere poseer previamente el de Doctor en Medicina, y estudiar por lo menos dos años de higiene y salubridad públicas.

*
* *

El Secretario general de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja española, Ilmo. Sr. D. Juan P. Criado y Domínguez, nos remite para su publicación una hoja suelta, de la que extractamos sus principales conceptos:

«Con motivo de la guerra de los Balkanes, la Cruz Roja espa-

nola recibirá en sus Oficinas (Atocha, 65, 1.º) cuantos donativos quieran hacerse en favor de las naciones beligerantes, á cuyo objeto lo remitirá al Comité que designen, y de no determinarlos, se distribuirán por partes iguales entre los de Constantinopla, Atenas, Cetiña, Sofía y Belgrado, en prueba de absoluta neutralidad. Las limosnas han de ser precisamente en metálico.

*
* *

El día 26 del actual celebró la Junta Directiva de la Asociación Filantrópica del Cuerpo, la sesión correspondiente al tercer trimestre, aprobando el balance por fin del mismo, cuyo resumen es como sigue:

Importa el Debe, pesetas.....	28.662,60
Idem el Haber.....	4.841,35
	<hr/>
Existencia en 30 de Septiembre.....	23.821,25
	<hr/>

Se acordó que el día 30 de Noviembre próximo se celebre Junta general extraordinaria para resolver si es ó no procedente eximir del descuento del 1 por 100 á la gratificación de residencia que el personal goza en Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla, y en caso afirmativo, si por equidad deben también quedar exentas todas las que no sean de carácter permanente.

*
* *

Terminada la impresión del resumen de la Estadística sanitaria del Ejército correspondiente al año 1910, se está procediendo en la Sección de Sanidad á su distribución entre las distintas Autoridades, Cuerpos y Dependencias.

*
* *

Los Médicos militares que, en nuestro Cuerpo y en el de Inválidos, poseen la cruz de San Fernando y han asistido á las fiestas del Centenario de las Cortes de Cádiz, han sido muy obsequiados por todas las clases sociales de aquella capital, y especialmente por la Compañía Trasatlántica, que atendió con la generosidad que le

es peculiar á los Generales, Jefes y Oficiales alojados en el *Alfonso XII*.

*
**

El Médico mayor D. Victorino Delgado, respondiendo á los deseos del Sr. Coronel Director del Centro Electrotécnico y de Comunicaciones de Ingenieros, en que presta servicio, acaba de someter á la aprobación oficial una *Cartilla sanitaria para automovilistas y ciclistas militares*, cuya impresión, así como la adición de numerosas é interesantes fotografías propias para difundir las instrucciones que en la misma se detallan, correrá á cargo de dicho Centro.

*
**

Los Jefes y Oficiales del Colegio de Valdemoro para Huérfanos de la Guardia Civil, han regalado un sable de honor al alumno de la Academia Médico-Militar, Sr. Pelayo, que acaba de ingresar en dicho Centro con el número 2 de su promoción.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Tratamiento de las fracturas diafisarias del húmero por la extensión continua.—MM. Phélip y Bonnet-Roy manifiestan que, en la cuestión del tratamiento de las fracturas del húmero en el adulto, muchos Médicos profesan gran culto á los aparatos enyesados, otros prefieren la intervención sangrienta. El aparato de Hennequin ha gozado de cierta boga; su aplicación es bastante delicada, y se corre el peligro, si está mal aplicado, á exagerar la curva, que tiene una tendencia natural á producirse.

Se busca actualmente beneficiar estas fracturas mediante la extensión continua.

La técnica de este procedimiento no es complicada: tiende á ejercer una tracción continua sobre la extremidad inferior del brazo.

Se envuelve el codo con algodón ordinario, mantenido con una venda, extendiendo la envoltura á la parte inferior del brazo y del antebrazo. Se flexiona éste en ángulo recto sobre el brazo, teniendo cuidado de poner el brazo en ligera abducción, é interponiendo un tapón de algodón en el hueco de la axila. Se da un punto de apoyo al brazo, pasando cerca de la muñeca un pañuelo, cuyas dos extremidades se anudan alrededor del cuello.

Se coloca en seguida una corbata

en S de guarismo, abrazando la parte posterior del brazo, y cruzándose delante al nivel del pliegue del codo, corbata á la cual se fijan los pesos por medio de una cuerda corta.

La potencia de los pesos es variable, dependiendo de la fuerza muscular del sujeto, de la contractura á vencer, y de la posición de pie ó acostado del herido. En caso de hallarse acostado, la cuerda corta es reemplazada por una larga, que se refleja sobre una polea colocada al pie de la cama.

El aparato debe ser revisado con frecuencia, siendo útil añadirle unas férulas, cuyo papel es mantener los fragmentos, debiendo estar colocados veinticinco ó treinta y cinco días. Durante este tiempo, el herido verifica movimientos de flexión y extensión de los dedos, practicando el Cirujano movimientos de pronación y supinación.— (*Paris Médical.*)—*J. P.*



La toxicidad de la orina en el sarampión y en otras enfermedades infecciosas.—Los estudios de Pfeiffer habian demostrado que en el schok anafilático, en la intoxicación por las peptonas, en las quemaduras y en las alteraciones fotodinámicas de los tejidos, se presentaban en la orina compuestos tóxicos en gran abundancia.

Teniendo en cuenta que el organismo reacciona á la intoxicación consecutiva á esta enorme fabricación de venenos con un descenso de su sensibilidad frente á los agentes anafiláticos, y recordando que durante la evolución del sarampión disminuye y llega á desaparecer la

facultad de reaccionar el organismo tuberculoso á la tuberculina, emprendieron Aronson y Sommerfeld una serie de experiencias que les demostraron:

1.º Que durante la evolución del sarampión se elimina por la orina un veneno dializable, termo-estable, y que da lugar á que una inyección intravenosa de 2 c. c. de orina, mate un conejillo de indias de peso medio, cuando son precisos más de 4 c. c. de orina procedente de sujetos sanos ó que padezcan otras enfermedades (tifoidea, escarlatina, tuberculosis), para producir la muerte de estos animales.

2.º La muerte tiene lugar con todos los síntomas de una anafilaxia aguda.

3.º Esta toxicidad no guarda relación ni con la gravedad de la infección, ni con la marcha de ésta en conjunto, ni con la de ninguno de los síntomas clínicos (fiebre, exantema, etc.).

4.º Por inyección subcutánea en dosis no tóxica, origina una fuerte acción necrosante sobre los tejidos en que se inyecta.

5.º Contrasta y puede servir de diagnóstico diferencial esta gran toxicidad de la orina en los enfermos de sarampión, con la escasa (análoga á la normal) de los enfermos de escarlatina. Sin embargo, el riñón, que tanto padece en ésta, apenas se resiente en aquella infección.

6.º Ofrece, por el contrario, gran analogía la orina de los enfermos de sarampión con la de los de enfermedad del suero y con la que presentan enfermos que tienen erupciones tóxicas no bien determinadas (por autointoxicación intestinal, etc.).

7.º De esto deducen los autores que el exantema del sarampión depende de un fenómeno general de anafilaxia, mientras que el de la escarlatina obedece á una acción tóxica directa sobre la piel.

8.º La inyección de orina en conejillos de Indias y la comprobación de su toxicidad pueden servir para un diagnóstico del sarampión en algunos casos. — (*Deut. Med. Woch.*, 1912, núm. 37.)—*F. G. D.*

* * *

El bocio exoftálmico en el hombre.—Pie y Bonnamour fijan alrededor de un 20 por 100 la proporción de hombres atacados de esta enfermedad, por regla general, entre los treinta y los cincuenta años.

En ellos la taquicardia es constante, y asimismo el temblor frecuente, pero el bocio lo es menos. Hay trastornos digestivos, enflequecimiento y abolición frecuente de las funciones genésicas; trastornos nerviosos muy pronunciados; inquietud, irritabilidad, inestabilidad, sudores, sensaciones penosas de hambre y sed, insomnio, mareos, algunas veces ideas de persecución, depresión y tristeza.

La exoftalmia es el síntoma que falta con mayor frecuencia.

Las formas frustradas son más raras en el hombre que en la mujer.

En algunas semanas los sujetos caen en un verdadero estado caquéctico, y mueren por asistolia ó por una enfermedad intercurrente.

Esta rareza y esta gravedad en el hombre se debe á un defecto de antagonismo en las glándulas de secreción interna, que en la mujer se realiza por la oposición entre las funciones del ovario y las del cuer-

po tiroides.—(*Revue de Médecine.*)
J. P.

* * *

Las vías de infección en su relación con la supresión de la fiebre tifoidea.—En 55.º Congreso anual de la Asociación Médica americana de Chicago, Rosenan concluye, según sus observaciones, verificadas en Washington, que las tres vías principales de infección son, por orden de importancia: 1.ª, el agua infectada; 2.ª, la leche (en 1906, 11 por 100, en 1907, 9 por 100 de casos de fiebre tifoidea observados en Washington, procedieron de una infección por leche contaminada probablemente en el momento de ser tratada por manipulaciones en la granja de origen); y 3.ª, los portadores de bacilos (6 por 100 de casos, en 1906, en Washington).

La lucha contra la fiebre tifoidea debe inspirarse en estos datos: Se debe exigir agua pura; leche recogida asépticamente, ó, mejor, pasteurizada, y, finalmente, una rebusca seria y aislamiento de los portadores de bacilos.

Respecto á éstos, Park, en el mismo Congreso, cita un ejemplo inédito notable de propagación de la fiebre tifoidea por este mecanismo: una cocinera había prestado sucesivamente sus servicios á ocho familias neoyorkinas; en siete de estas familias se declararon casos de fiebre tifoidea al poco tiempo de ingresar en la casa esta mujer (37 casos y una defunción en conjunto). Las heces de esta doméstica contenían gran abundancia de bacilos de Eberth. Se sabe que hasta en individuos que jamás tuvieron la fiebre tifoidea se pueden encontrar numerosos bacilos (portadores sanos).—

(Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires, tomo 53.)—J. P.

* * *

Tratamiento de los dolores gástricos.—En su excelente libro de terapéutica sobre las *Enfermedades del estómago*, el Dr. Virés consagra un capítulo particular al tratamiento de los dolores gástricos, que divide en muchas categorías. Los dolores que son debidos á una evacuación insuficiente del estómago, producida por una estenosis funcional ú orgánica del piloro, serán tratados por la medicación neutralizante desde luego, después analgésica, y por último, antifermentescible.

La primera está representada por el bicarbonato de sosa, que será aconsejado á altas dosis, durante ó inmediatamente después de la comida. Se le asociará con ventaja la magnesia, la creta preparada y el fosfato de cal.

Mezcla:

Bicarbonato de sosa.. 30 gramos.
Magnesia hidratada.. 15

Una cucharada de café, diluida en una infusión de agua caliente, después de la comida, en el momento de los dolores.

Papeletas:

Creta preparada. . . }
Magnesia calcinada. }
Bicarbonato de sosa. } aa. 1 gramo.
Subnitrito de bismuto..... }

Para un paquete, núm. 20. Disolverlo en un poco de agua de Vichy ó de infusión caliente.

Medicación analgésica.

Solución:

Extracto de belladona. 0,05 grs.
Jarabe de codeína.... 40
Agua cloroformada saturada..... 100
Agua de azahar..... 10

A cucharadas de sopa.

Sellos:

Bicarbonato de sosa..... 1 gramo.
Magnesia hidratada.... 2,25
Subnitrito de bismuto.. 0,75

Para un sello, núm. 15: uno media hora después de la comida, otro á las diez y otro á las cuatro.

Medicación antifermentescible.

Sellos:

Resorcina..... 0,20 gramos.
Carbón vegetal.... 0,40
Polvo de ruibarbo. . 0,10

Para un sello, núm. 20.

Otros sellos:

Benzonaftol..... 0,25 gramos.
Salicilato de bismuto 0,30

Para un sello, núm. 20.

El salicilato de bismuto puede ser irritante para el estómago.—

J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La escasez de Médicos militares en Alemania.—Son varios los países en los que escasean los Médicos que abracen la especialidad de Médico militar. Austria, Francia y Alemania tienen falta de personal en los empleos inferiores. Las causas son análogas en todos los países. He aquí cómo se expresa, á propósito de la escasez de Médicos militares en Baviera, el *Deutsche Medicinische Wochenschrift* (1912, núm. 40):

«En el *Laudtag* (Parlamento) de Baviera se ha puesto de relieve la escasez de Médicos militares: «El hecho de que el Médico militar es *Oficial de Sanidad* por todos conceptos, pero no se le trata como Oficial ni tiene las consideraciones que los Oficiales de igual categoría, aunque por su educación general y especial, tanto en la milicia como fuera de ella y en todas circunstancias, no es inferior á éstos, sino que debe aventajarlos en muchas ocasiones, es la causa fundamental de que muchos colegas renuncien á las demás ventajas de la vida militar. Naturalmente, de esto no se habló en el *Laudtag*. Pero no se puede desconocer el hecho y los contratiempos que el Ejército puede tener por ello.

En Baviera faltan el 32 por 100 de los Médicos segundos y en Prusia el 50 por 100. Para remediar esto, que los números expresan tan elocuentemente, no se debe ser perezoso. El articulista afirma que los oficiales bávaros no serán nunca obstáculo para la igualdad de consideraciones á Médicos y Oficiales,

lo que á nadie daña, y sin embargo, hace estremecer de espanto al alto mando.—*F. G. D.*

* * *

El trabajo de los perros sanitarios en las grandes maniobras del Oeste de Francia.—M. Caucurte, Vicepresidente de la Sociedad general del perro sanitario, deduce de lo observado por él en las citadas maniobras, que puede modificarse el servicio de los perros sanitarios en campaña, con el sentido siguiente:

Es necesario instruirles de una manera gradual y progresiva, no solamente ejercitándolos á correr por toda clase de terrenos, sino también á prolongar lo más lejos posible la rebusca, é incitarles á que no vuelvan al lado de los camilleros encargados de conducirles y seguirles, sino después de largo tiempo de haber inspeccionado el terreno. El perro, de este modo, economizará la fatiga de venir continuamente al lado del camillero, y éste no tendrá que inquietarse tan á menudo de los efectos del retorno.

En principio, dichos animales deberán operar á razón de dos perros por kilómetro cuadrado, dejándoles trabajar á derecha é izquierda sobre una extensión de 200 á 250 metros á cada lado del conductor. La extensión, naturalmente, podrá ser menos vasta cuando el animal se encontrase en un bosque.

Al lado de estos trabajos de rebusca será conveniente entrenar á los perros á marchar con la tropa,

acostumbrándolos á marchar detrás de las fuerzas, para que puedan tener más libertad de acción, pues aunque una marcha de 20 kilómetros no constituye una distancia exagerada para la resistencia de los perros, les fatiga el seguir paso á paso la marcha lenta de las columnas.

Dichas maniobras tuvieron lugar en un campo de batalla muy extenso, con llanuras accidentadas, cortadas por cercas de plantas, grandes campos de maíz, de remolachas, viñas, etc., etc., terreno muy distinto y no tan limitado como los bosques de Fontainebleau, por cuyo motivo debe ensancharse y variarse la experiencia en otra clase de terrenos.

(*Le Caducee*, 5 Octubre 1912.)—
J. P.

*
* *

Los síntomas del aparato circulatorio en el comienzo de la tuberculosis, y su significación para el Médico militar, por V. Hufnagel.—La presencia del bacilo de Koch en la sangre de los tuberculosos incipientes, ha sido señalado por Behring y otros autores, y es lógico pensar que estos bacilos determinen alteraciones en las paredes de los pequeños vasos, comprobadas también, las cuales determinan síntomas funcionales precoces, á veces anteriores á los de la temperatura y á la taquicardia precoz por lesión del vago ó

por intoxicación con los venenos microbianos.

El autor dice no conocer más que tres trabajos de Médicos militares relativos á esta cuestión: uno de un Médico ruso, Unterberger; otro de Franz, y el tercero de Braun (en la bibliografía española existen los de Bartolomé Relimpio y los míos propios).

Consisten estas alteraciones en taquicardia consecutiva al trabajo muscular y á emociones, más intensa que la fisiológica y cierta inestabilidad de pulso, análoga á la de la temperatura, siendo de notar que en la convalecencia de algunas infecciones, gripe y tifoidea sobre todo, se presentan síntomas análogos. Cree el autor que muchos individuos que se eliminan por trastornos nerviosos cardíacos, palpitaciones, etcétera, son tuberculosos incipientes en los que no se ha señalado todavía la localización del proceso bacilar por signos evidentes.

Llama, finalmente, la atención acerca de un síndrome frecuente, asimismo, en los comienzos de la tuberculosis, el hipertiroidismo que da lugar á un cuadro sintomático de bocio exoftálmico sin exoftalmia ó con exoftalmia poco pronunciada, y sobre el cual se han publicado algunos trabajos.

El Médico militar debe tener presente este modo de iniciarse la tuberculosis, para hacer siempre un diagnóstico precoz y una selección rápida del enfermo.—(*Deut. Mil. arzt. Zeit.*, 1912, H. 15.)—F. G. D.

BIBLIOGRAFÍA

Real expedición filantrópica para propagar la vacuna en América y Asia (1803), y progresos de la vacunación en nuestra Península en los primeros años que siguieron al descubrimiento de Jenner, por el Dr. Castillo y Domper, del Cuerpo de Sanidad Militar.

No creo que se haya publicado en España un libro tan interesante como éste sobre la historia de la expedición filantrópica que en 1803, bajo los auspicios de Carlos IV, fué organizada y llevada á cabo por el Dr. Balmis para extender la vacuna en América y Asia.

El autor del libro, que es un espíritu analítico de primer orden, no ha querido abandonar su puesto de Jefe de la Sección de vacunación del Instituto de Higiene Militar, sin dejar una huella erudita de su laboriosidad y su saber en una materia que ha cultivado tantos años. Hay en ese libro no sólo una muestra gallarda de erudición, sino una nota simpática de patriotismo, que habla en honor de la pluma que lo ha escrito.

Es confortable, para el ánimo de los que sentimos amor á la Patria y á la raza, ver cómo en tiempos aciagos para nuestro país, hubo, sin embargo, arrestos humanitarios en favor de nuestros hermanos del otro lado del Océano, para llevar á las colonias españolas de América y Asia el beneficio del gran descubrimiento de Jenner. La expedición dirigida por Balmis no fué sólo una obra de propaganda científica, sino, ante todo y sobre todo, una campaña humanitaria, llevada á cabo por un hombre sabio y de gran corazón. Fué el mismo espíritu de la raza que siguió fecundando con su solicitud las propias tierras que antes conquistara.

Hay que seguir con atención las páginas de ese curioso libro, para darse cuenta clara de la inteligencia, abnegación y amor al

bien de aquel hombre insigne que dirigió la célebre expedición, al tropezar con las dificultades propias de una empresa que había de herir necesariamente las preocupaciones, susceptibilidades é ignorancias de tantos pueblos y de tantas gentes. Y, sin embargo, todo lo supo vencer con su talento y con su fe en la eficacia del descubrimiento de Jenner, consiguiendo dejar implantada para siempre la práctica de la vacunación antivariólica en casi todas nuestras posesiones de América y Asia.

No dejan de ser interesantes también las noticias que da el autor, respecto á los progresos de la vacunación en nuestra Península en los primeros años que siguieron al descubrimiento del célebre médico inglés.

El libro está escrito con una gran escurpulosidad de juicio y una abundancia de datos verdaderamente extraordinaria. En él se revela el excelente sentido crítico del autor y su gran talento para acometer obras de esta naturaleza.—*Dr. Martín Salazar.*

En una obra de 153 páginas, esmeradamente editada, y dedicada al Excmo. Sr. Inspector D. Pedro Gómez, reúne nuestro compañoero Castillo una riquísima colección de datos acerca de la famosa expedición realizada por nuestro compatriota Balmis, para propagar la vacuna en nuestras alejadas, grandiosas y ya extintas posesiones americanas y oceánicas, merced á la generosa munificencia de Carlos IV.

Comenzando por la inspiradísima oda de Quintana (que es lástima no haya transcrito el autor, al menos en sus pasajes principales), van marcándose en el libro de manera muy precisa cuantos detalles de interés precedieron, acompañaron y dieron cima en aquellas remotas playas, invadidas por la plaga variolosa, á la fructífera aplicación del descubrimiento jenneriano.

La abnegación demostrada por los expedicionarios; la resistencia que en algunos sitios encontraron; el apoyo que, por el contrario, ofrecieron algunos Gobernadores á la benéfica obra, hállanse descriptos en armónicos y promediados capítulos, en los que se revela la fina inquisitiva del autor, sus conocidos y profundos conocimientos en la materia, y sus envidiables condiciones de escritor culto y castizo.

Haciendo honor á los antiguos Jefes del Cuerpo, Sres. Santucho y Codorniu, menciona el autor las brillantes conferencias de ambos, pronunciadas en la Real Academia de Medicina de Madrid (1871), á proposito de la extensión de las epidemias variolosas y su profilaxia por la vacuna, habiendo hecho notar el segundo de los citados Inspectores la considerable desproporción en el número de habitantes de las Islas Bisayas, antes y después de propagarse la vacuna.

Puerto Rico, Venezuela, Cuba, Méjico, Manila, el Celeste Imperio, y hasta la solitaria isla de Santa Elena, dan ocasión á Balmis á difundir su humanitaria labor, relatándose en la obra de Castillo curiosísimos detalles de la estancia de la expedición en aquellas tierras.

Absorbe después la atención del autor la propagación de la vacuna en la América del Sur, por la comisión de Salvany; constituyendo la segunda parte del trabajo varios capítulos históricos relativos á la antigua profilaxia variólica en nuestra Península, resistencia opuesta á las prácticas de Jenner, y aceptación final de este medio de prevención contra la viruela, citando á este proposito la entusiasta campaña del Dr. Ruiz de Luzuriaga y de los señores Hernández y Piguillem, así como la inmensa participación de las Autoridades superiores civiles, militares y eclesiásticas en cumplir las órdenes del Monarca, quien como medida intermedia habíase decidido algún tiempo antes por la variolización, practicándola en su Real Familia.

El trabajo de nuestro compañero Castillo, prescindiendo de su valor intrínseco, que es muy grande, tiene á nuestro juicio un mérito altamente patriótico, cual es el de difundir el principalísimo papel que ha representado nuestra nación en toda obra científica y generosa, de magnitud para el progreso mundial.

La obra de que tratamos, sin embargo, debiera ir seguida de una segunda parte en que se describiera el avance moderno en la preparación, estadísticas, etc., de la vacuna en España, para lo cual sobraría al amigo Castillo competencia y laboriosidad (dada su fecunda y dilatada labor en el Instituto de Higiene Militar), si lograrse desterrar su excesiva y, en este caso, mal entendida modestia.—*J. Potous.*

Socorros médicos de urgencia que puede prestar la pareja de la Guardia Civil, con una guía médica para los puestos, por el Dr. D. Emilio Alonso García Sierra, Médico del 14.º Tercio de dicho Instituto.

Nuestro compañero García Sierra, interesándose por las cuestiones médicas que directa é indirectamente afectan á los individuos de la Guardia Civil, ha reunido en un pequeño Manual una serie de ordenadas instrucciones, para que puedan ser útiles los primeros auxilios que en muchas ocasiones tiene que realizar la pareja de servicio en beneficio del público. Dada la complejidad de funciones de los individuos de la Guardia Civil y su relativa cultura en el ambiente rural, y especialmente en despoblado, donde se carece no solamente de elementos y personal adecuado á esta clase de funciones, sino hasta de los medios más elementales, que tienen que ser suplidos por una previa instrucción, y por una ideación rápida y práctica, no está demás cierta clase de conocimientos sencillos y eficientes, por lo menos para desterrar los errores á que tan propicia es la gente inculta.

La segunda parte de la obrita se refiere á las precauciones á seguir en los puestos, en presencia de enfermedades comunes ó infecciosas, envenenamientos y otra clase de accidentes.

El librito sobresale por su claridad y sencillez, y su autor procura huir en lo posible de todo tecnicismo, y de una inadecuada extensión de conocimientos, que procura hacer más gráficos y comprensibles con numerosos fotograbados intercalados en el texto.

En resumen: la obrita de García Sierra puede resultar muy útil, si la difusión de esos conocimientos llegase á ser un hecho entre los Institutos de la Guardia Civil y Carabineros. Y si hubiéramos de señalarle algún defecto, sería el de haber tratado demasiadas cuestiones, tanto en su parte descriptiva como en la gráfica, en el noble deseo del autor de que no quedase desatendida ninguna intervención de momento. — *J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 11 Octubre.—Real orden (*D. O.* núm. 237) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. José González García y D. Eliseo Muro Morales; á los Médicos mayores D. Eusebio Martín Romo y D. Francisco Ibáñez Aliaga; á los Médicos primeros D. Federico Illana Sánchez, D. Jerónimo Forteza Martí, D. Francisco Mora Caldés y D. Francisco Sanjiménez Consuegra, y á los Médicos segundos D. Clodoaldo Padilla Cases y D. Severino Torres Acero.
- 18 » » Real orden (*D. O.* núm. 238) concediendo prórroga ilimitada del plazo para poder trasladarse por cuenta del Estado desde Madrid á Barcelona, á la esposa del Inspector Médico de primera clase D. Manuel Gómez Florio.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 238) concediendo el abono de la gratificación anual de 720 y 600 pesetas, respectivamente, correspondiente á los diez años de efectividad en sus empleos, á los Médicos mayor y primero D. Víctor García Iparraguirre y D. Pedro Muñoz Ellén.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 239) concediendo seis meses de licencia por asuntos propios para París y Lyon (Francia), al Médico segundo D. Heliodoro Castillo Martínez.
- 19 » » Real orden (*D. O.* núm. 238) disponiendo que el Médico mayor D. José Lasmarias Rubira, con destino en el Hospital de Málaga, pase á situación de excedente en la primera Región, y en comisión á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. Jaime Sánchez de Lapresa.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 238) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á ocupar los destinos que se señalan:
- Subinspectores Médicos de primera clase:* D. Eduardo Aristoy y Baró, ascendido, del Hospital de Málaga, al

mismo en plaza de Subinspector de primera clase, como Director, con arreglo á lo dispuesto en Real orden de 24 de Septiembre anterior; D. Eugenio Fernández y Garrido, ascendido, del Hospital militar de la Coruña, al de Valladolid como Director.

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Julio del Castillo y Domper, ascendido; del Instituto de Higiene militar, á la asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la séptima Región y Subinspección; D. José Moriones y López, del Hospital militar de Zaragoza, al de Victoria; D. Juan Valdivia y Sisay, del Hospital de Vitoria, al de Zaragoza; D. Félix Estrada y Catoyra, de la asistencia al personal de la Plana mayor de la Capitanía general de la octava Región y Subinspección, al Hospital militar de la Coruña; D. Francisco Magdalena y Murias, de la Capitanía general de la séptima Región y en comisión en el Hospital de Vigo, á la asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la octava Región y Subinspección, cesando en la expresada comisión; D. Pascual Freitas y Eguiluz, del Hospital de Algeciras, al mismo como Director, con arreglo á lo dispuesto en Real orden de 24 de Septiembre último; D. Emilio Muñoz Sevillano, de asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la segunda Región y Subinspección, al Hospital militar de Málaga; D. Antonio Bernal y Descalzo, ascendido, del Taller de precisión y Parque de Artillería de Madrid, á la asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la segunda Región y Subinspección.

Médicos mayores: D. Francisco Bada y Mediavilla, que ha cesado á las órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. Jaime Sánchez de la Presa, al Taller de precisión y Parque de Artillería de Madrid; D. Juan Planelles y Ripoll, ascendido, del Regimiento Lanceros de Villaviciosa, 6.º de Caballería, á situación de excedente en la segunda Región; D. Alfonso Feijóo y Casañas, ascendido, del Colegio de Huérfanos de María Cristina (sección de hembras), á situación de excedente en la octava Región y en comisión al Hospital militar de Vigo,

y D. Cándido Navarro y Vicente, excedente en la primera Región, al Hospital militar de Málaga.

Médicos primeros: D. Eduardo Delgado y Delgado, del Hospital de Logroño, al de Valladolid, como Jefe del Laboratorio de análisis; D. José Gómez y Márquez, del Batallón Cazadores de Estella, 14, al octavo Regimiento montado de Artillería; D. Cesáreo Gutiérrez y Vázquez, del Regimiento Cazadores de Tetuán, 17.º de Caballería, al Colegio de Huérfanos de María Cristina (sección de hembras); D. Manuel Meléndez y Castañeda, del Batallón Cazadores de Talavera, 18, al Regimiento Cazadores de Tetuán, 17.º de Caballería; D. Fermín Castaño y Alba, del primer batallón Cazadores del Regimiento Infantería de Alcántara, 58, y en comisión en los Hospitales de Melilla, al Batallón Cazadores de Talavera, 18, en comisión, cesando en la que actualmente desempeña y sin causar baja en su destino de plantilla; don Eduardo Talegón y Arcas, de eventualidades del servicio en la cuarta Región, al Regimiento Dragones de Numancia, 11.º de Caballería, en comisión y sin causar baja en su destino de plantilla.

Médicos provisionales: D. Ildefonso Arias y Herrero, de asistencia al personal de Plana mayor de la Capitania general de la séptima Región y Subinspección, al cuarto Depósito de caballos sementales; D. Mariano Moreno y Torres, del Hospital de Madrid-Carabanchel, á la Clínica de urgencia de esta Corte.

19 Octubre.—Real orden (*D. O.* núm. 238) nombrando Médicos provisionales á los individuos del Ejército, Licenciados en Medicina y Cirugía, D. Ramón Torra Basols y D. Francisco Amorós Sanchís, quienes pasan destinados á eventualidades del servicio en la cuarta Región y al Batallón Cazadores de Estella, núm. 14, respectivamente.

» » Real orden (*D. O.* núm. 239) concediendo el ingreso en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo al Farmacéutico primero, retirado, sin sueldo, D. Martín Bayod Martínez.

22 » Real orden (*D. O.* núm. 241) dando instrucciones para el

- derecho á usar la medalla de África, creada por Real decreto de 8 de Septiembre último (*D. O.* núm. 203).
- 22 Octubre.—Real orden (*D. O.* núm. 241) concediendo la gratificación de 1.500 pesetas anuales al Médico mayor D. Antonio Fernández Victorio Cociña, Profesor de la Academia Médico-Militar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 241) concediendo la gratificación de 1.500 pesetas anuales al Médico primero D. Antonio Ferratges Tarrida, Ayudante de profesor de la Academia Médico-Militar.
- 23 » Real orden (*D. O.* núm. 242) concediendo la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo, al Médico primero D. Lorenzo Puncel Pérez, y á los segundos don José Blanco Rodríguez y D. Enrique Ostalé González, por su distinguido comportamiento y méritos contraídos durante su permanencia en el teatro de operaciones de Melilla, con motivo de la actual campaña.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 243) concediendo la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo, al Médico segundo D. José Luque Beltrán, como recompensa á los méritos contraídos en los diferentes hechos de armas y servicios prestados en la actual campaña.
-