

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año III

Madrid, 15 de Enero de 1913.

Núm. 2.

SUMARIO

Restauración extensa del uréter á expensas de un replegamiento de la pared del colon ascendente ó descendente, según el lado afecto, por el **Dr. Enrique Fernández Lozano**.—*La proflasia venérea en Barcelona con aplicación especial al Ejército* (conclusión), por **C. López Brea**.—*La inmunidad en la tuberculosis* (conclusión), por el **Dr. Martín Salazar**.—*Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona*: Necrología: D. Manuel Romero García.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Medios que deben ponerse en práctica para despertar á la nación en lo que se refiere á su salubridad.—Un tratamiento sencillo de la sarna.—Cuerpos extraños de 3.100 gramos de peso en el estómago de un alienado.—Clasificación, pronóstico y tratamiento de las anginas de pecho.—*Prensa militar profesional*: Estadística del Ejército inglés en 1910.—Distribución gratuita de vacuna antiftífica á las familias de militares.—El hidrocèle en el Ejército alemán.—*Bibliografía*: Conferencias médicas, dadas á los alumnos de la Academia de Ingenieros, por el Médico mayor de la misma, *D. Juan García Fernández*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Enero de 1913.

RESTAURACIÓN EXTENSA DEL URÉTER

á expensas de un replegamiento de la pared del colon ascendente ó descendente, según el lado afecto.

La cirugía del uréter, así como la de la mayoría de los conductos de la economía, ha permanecido durante mucho tiempo casi en silencio, para después entrar en una época durante la cual se han hecho intervenciones quirúrgicas en ellos, en la inmensa mayoría de las veces con notorios fracasos, y en los más afortunados con un éxito muy relativo, pues les ha conservado la vida á sus operados (desgraciadamente, por un tiempo no muy prolongado), pero, en cambio, haciéndoles pasar aquélla en un estado muy precario, con grandes sufrimientos y molestias.

Pues bien; los trastornos á que están sentenciados los operados del uréter, por verter su contenido irritante y abocarle unas veces á la piel, otras en el colon sin sacrificar el riñón del lado afecto, exponiendo á los enfermos á eczemas rebeldísimos y cuida-

dos extraordinarios de limpieza por parte de los que les rodean y de dificultades técnicas por parte del cirujano, para en pocas ocasiones verse coronado por el éxito, pues los puntos de sutura á la piel casi siempre se desprenden por la acción irritante de la secreción renal; y de otra parte, el mismo abocamiento en el colon, además de su difícil técnica, y á pesar de emplear los procedimientos de válvula, no aísla perfectamente el extremo uretérico del contenido intestinal; siendo en estas condiciones la vida de los operados muy inestable, y teniendo en cuenta estos inconvenientes, que han obligado á los autores á mostrarse partidarios de hacer la nefrectomía del mismo lado para obviar estos trastornos, y claro está que me refiero á los casos en los cuales no se ha podido hacer el abocamiento del uréter boca á boca, como cuando ocurre inadvertidamente en un acto quirúrgico ó que no haya habido otro remedio, y esto en realidad sucede pocas veces; en vista de ello, lo que yo quiero recalcar es lo que se debe hacer en los casos en los cuales *la pérdida ó no funcionamiento del uréter* ha obligado, en bastantes ocasiones por desgracia, á esas intervenciones que expongo anteriormente, y que trato de evitar con el procedimiento que tengo el honor de exponer á continuación.

Una vez hechas estas consideraciones, entraré en breve á explicar la idea que se me ha ocurrido, para que en los casos de ureteritis obliterante, neoplásica ó flogósica crónica extensa, de él y de su atmósfera periureteral, me permita si no *la restitutio ad integrum*, por lo menos casi sus resultados, creyéndome ha de ser fácil hacerme entender, después de contemplar los magníficos dibujos adjuntos, que debo á la excesiva amabilidad del inteligente artista anatómico, nuestro compañero Médico segundo D. Manuel Valiente Izquierdo, que hace honor á su apellido, como yo he podido ver en muchos actos quirúrgicos llevados á cabo por el susodicho compañero, y además su elevada talla científica en esta rama de nuestra carrera.

Trataré muy someramente de lo que sobre la cirugía del uréter haya hasta ahora, para llegar á explicar *nada menos que mi pretensión de restauración extensa del uréter á expensas del colon, sin necesidad de nefrectomizar, como hacen la mayoría de los autores en casos semejantes*, y consignaré sus verdaderas indicaciones y contraindicaciones, así como sus particularidades técnicas. (Actualmente estoy haciendo estos experimentos en perros, bajo la

dirección del ilustrado Veterinario militar D. Francisco del Barrio, y en espera de sus resultados, mientras aprovecho los cadáveres que me proporciona nuestro digno Director de este Hospital cívico-militar de Ceuta, D. José Delgado Rodríguez, para adiestrarme en dicho acto.)

Algunas consideraciones sobre la patología del uréter.

En las estrecheces ureterales (congénitas ó adquiridas), cuando éstas interceptan un trozo relativamente pequeño, suele bastar trazar una incisión en el punto estrechado y suturar después en sentido opuesto á la incisión, con lo cual se obtiene una dilatación uretérica muy notable en el sentido *circunferencial del conducto*; pero cuando la estrechez no ocupa un espacio reducido, como en el caso anterior, que pueden ser también congénitas, como en el ejemplo más arriba indicado, aunque ya mucho más raro, ó inflamatorias; caso más frecuente, dejando un trozo de uréter bastante considerable obstruido (ureteritis obliterante) ó semiobstruido, oponiéndose de una manera notable al curso normal de la orina, y ocasionando fácilmente una serie de complicaciones: «hidronefrosis, pionefrosis...», por favorecerse la infección; en estos casos, esto ya no puede evitarse con una sencilla incisión, sino que hay que pensar en operaciones más cruentas y demás dificultades técnicas, y aun á pesar de ello no se obtiene, en la mayoría de los casos, un resultado satisfactorio. Tal ocurre en las *ureterectomías* y las *ureteroplastias*.

Las ureterectemías parciales pueden hacerse en cualquiera de los segmentos del conducto uretérico lumbar, pelviano ó vesical, practicando en estos casos las ureteroplastias con los órganos vecinos, que yo no he de detallar, por no ser esto motivo de mi trabajo y ser sumamente conocido de los que tengan la paciencia de leer estas cuartillas. Por otra parte, en este asunto no hay motivo para *hacer la nefrectomía*, como hacen los autores en los casos en los cuales hay que reseca gran parte del conducto para evitar la serie de trastornos á que estarían sometidos estos enfermos á los cuales no se ha podido hacer *ureteroplastia* por ser muy extensa la obliteración uretérica.

Por lo cual en estos casos creo yo que, haciendo un uréter nuevo

á expensas de un replegamiento de la pared del colon ascendente ó descendente sobre una sonda uretral, previamente introducida en su cavidad mediante el cistoscopio de Albarrán, por ejemplo, ayudado con el ocular que Franck ha ideado, para corregir la desviación de las imágenes endovesicales, debidas á la inclinación de la bombilla sobre el prisma, permitiéndonos con esta modificación hacer el cateterismo ureteral del lado afecto con relativa sencillez, sin tener en cuenta para nada las particularidades ópticas y reglas que se daban antes para precisar con exactitud cualquier detalle del interior del reservorio vesical: una vez introducida la sonda en el uréter, se la va empujando suavemente hasta llegar al punto obstruído ó adonde podamos llegar, sin forzar mucho la sonda, que además de ocasionar grandes molestias al enfermo, por su acción traumática sobre la mucosa inflamada, podría ocasionar alguna erosión, muy fácil de infectar y poner su vida en peligro.

Después de colocada la sonda y preparado con alguna anterioridad al enfermo, se procede á la intervención, y para su fácil comprensión adelantaré algunos datos anatómicos necesarios para darse cuenta exacta de las relaciones de los órganos que le rodean, y ver de esta manera que no es forzado esto, sino que es natural, y, si se quiere, más lógico que las operaciones plásticas que realiza Legue, por ejemplo (aun cuando éstas se refieran principalmente á vejiga, que la substituye por la parte inferior del ciego, abocando los uréteres recién seccionados al nivel de su inserción en la vejiga extirpada á la *neo-vejiga*, sirviéndose del apéndice vermicular para uretra).

Ligeros datos anatómicos.

La porción lumbar del uréter, ó abdominal, mide de 9 á 11 centímetros de longitud. No es exactamente rectilíneo, sino que describe en su trayecto una ligera curva de concavidad externa. Estando el punto más saliente de esta curva situado á unos 4 ó 4 centímetros y medio de la línea media de los cuerpos vertebrales, está en relación con una vertical pasada á medio ó un centímetro y medio por dentro del vértice de las apófisis transversas de las vértebras lumbares.

Las relaciones que presenta esta porción abdominal del con-

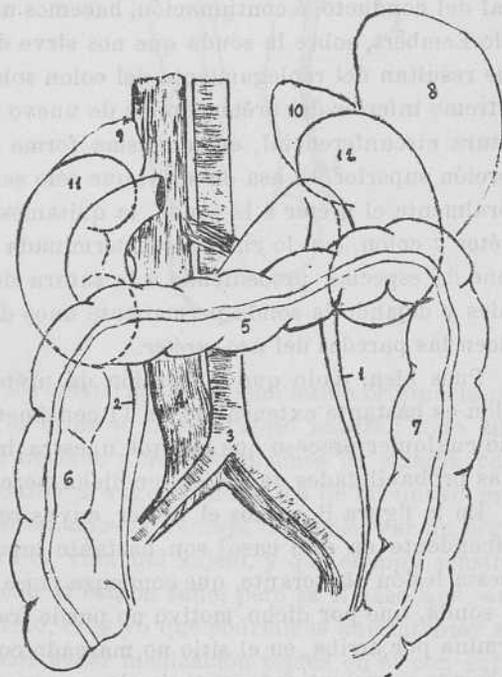
ducto por su parte posterior no las mencionaré; pero haré notar que está envuelto en una capa céluo-adiposa de algún espesor, y muy variable según los sujetos, pero en todos los casos el uréter muy superficial é inmediatamente por debajo del peritoneo.

Sus relaciones por dentro no nos interesan, y únicamente hay que tener cuidado con la vena cava inferior cuando tengamos que intervenir en este órgano.

Las que tiene por fuera son sobre las que quiero llamar la atención para explicar mi idea. El uréter empieza por contornear la parte inferior del borde interno del riñón; es costeado, en un trayecto más ó menos largo, por la porción vertical del colon, colon ascendente á la derecha y colon descendente á la izquierda. Estas relaciones son más íntimas en el lado derecho que en el izquierdo, debido á que el colon ascendente es más voluminoso é interno que el descendente (véase figura A).

Figura A (semiesquemática).

- 1 Uréter izquierdo.
- 2 Idem derecho.
- 3 Arteria aorta.
- 4 Vena cava inferior.
- 5 Colon transverso.
- 6 Colon ascendente.
- 7 Colon descendente.
- 8 Bazo.
- 9 y 10 Cápsulas suprarrenales.
- 11 y 12 Riñones.



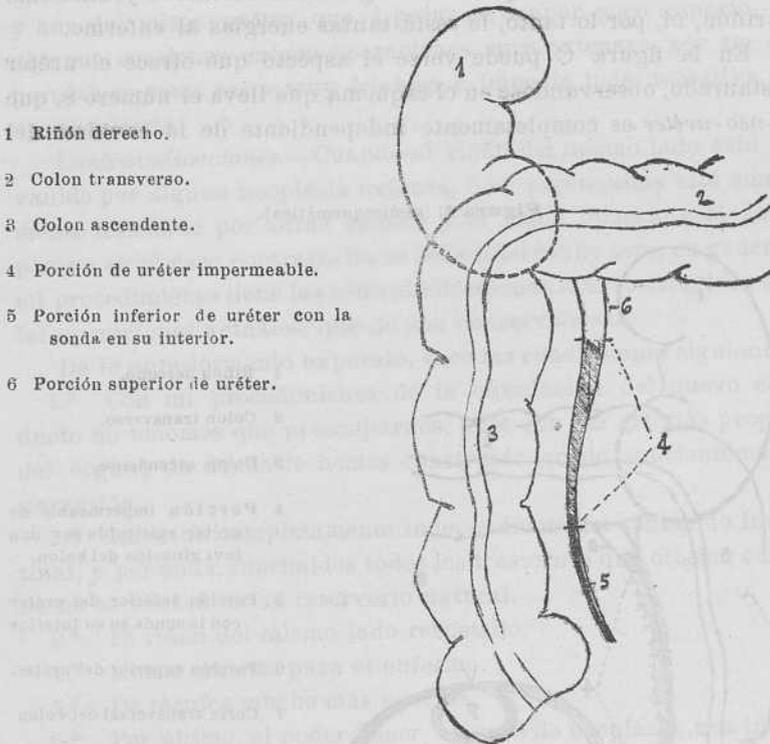
Considerados estos datos anatómicos, la operación se desprende cuál ha de ser: tras una laparatomía lateralizada, y una vez descubierto el campo operatorio, vamos en busca del uréter, resecaando toda su porción obliterada, y teniendo cuidado de comprimir con los dedos el extremo superior del uréter, por donde necesariamente ha de fluir orina al ser seccionado. Una vez seccionada la parte lesionada de uréter, cogemos el extremo superior de la sonda, hasta entonces detenida por el obstáculo que le oponía la lesión, y la acercamos á la porción de uréter que tenemos comprimida con nuestros dedos, introduciendo la sonda en su interior y colocando una seda que aplique la pared ureteral sobre la sonda, de forma que la luz del uréter se continúe directamente con la de la sonda, y la orina siga por de pronto su curso normal. Después de esto, se acerca la sonda, tras la cual vienen ambos extremos seccionados del uréter á la pared del colon, que comenzamos á replegar inmediatamente por debajo de donde pusimos el asa de seda para sujetar la sonda al uréter; comenzamos la sutura del *neo-uréter* en la porción superior del colon, abarcando toda la porción circunferencial del conducto; á continuación, hacemos una sutura sero-serosa, á lo Lembert, sobre la sonda que nos sirve de guía, de los bordes que resultan del replegamiento del colon sobre ella, hasta llegar al extremo inferior del uréter, donde de nuevo practico sobre él una sutura circunferencial, en la misma forma que he hecho para su porción superior. El asa de seda, que sólo servía para sujetar temporalmente el uréter á la sonda, la quitamos después de suturados uréter y colon, con lo cual queda terminada la operación en lo que tiene de especial, procediendo á la sutura de las paredes abdominales y dejando la sonda permanente unos días, hasta que se cicatricen las paredes del *neo-uréter*.

Pues bien; dado que la porción de uréter relacionada con el colon es bastante extensa (de 9 á 11 centímetros), tenemos con ello que cualquier proceso que indique nuestra intervención lleva muchas probabilidades de radical en dicha porción ureteral.

En la figura B vemos el uréter, cuyas relaciones con el colon (ascendente en este caso) son bastante inmediatas, con una supuesta lesión obliterante, que comienza por abajo, en el extremo de la sonda, que por dicho motivo no puede franquear su luz, y que termina por arriba, en el sitio no marcado con el rayado con que la hemos esquematizado, y teniendo en cuenta que una lesión que

abarque gran parte de esta porción de uréter, con los procedimientos actuales, tendría que remediarse nada menos que con la *nefrectomía*, que, deplorable es decirlo, es el único recurso con que cuenta

Figura B (semiesquemática).

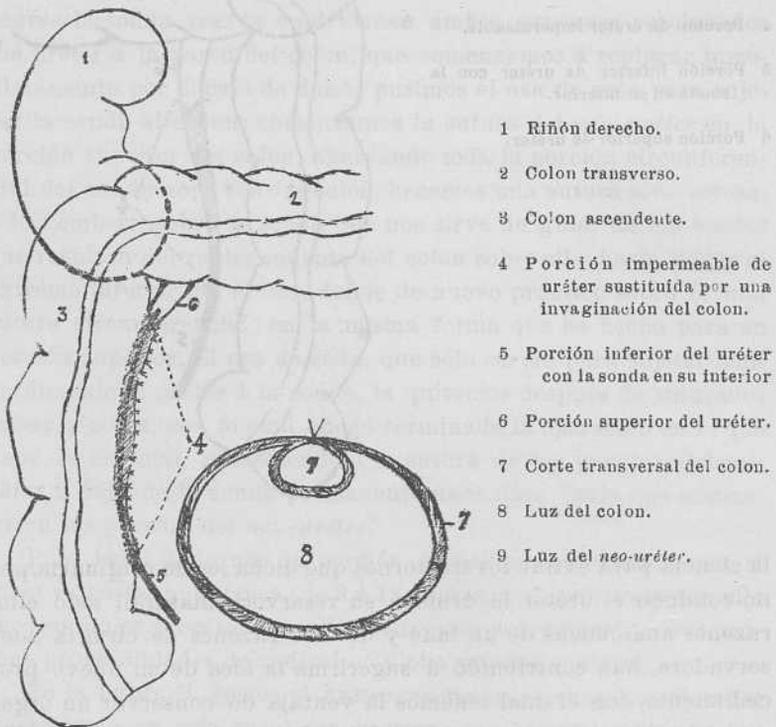


la ciencia para evitar los trastornos que dicha lesión originaría por no conducir el uréter la orina á su reservorio natural; todo ello, razones anatómicas de un lado y de otro razones de cirugía conservadora, han contribuido á sugerirme la idea de mi nuevo procedimiento, con el cual tenemos la ventaja de conservar un órgano importantísimo para la vida del sujeto, y que es muy sensible privarle de él, sobre todo si estaba sano; pero es el caso que, aun cuando estuviese enfermo, creo yo que podríamos aún intentar ser conservadores, por poder hacer medicación tópica en él con suma facilidad, con motivo de tener al enfermo durante algún tiempo con

sonda *ureteral permanente* mientras se cicatriza el *neo-conducto*; además de esta consideración fisiológica y tal vez terapéutica, la *nefrectomía* es una intervención arriesgada, por ser mayor la mutilación sufrida por el enfermo, la hemorragia de más consideración y de técnica mucho más complicada que la que requiere mi procedimiento, el cual no suprime un órgano tan defensivo y útil como el riñón, ni, por lo tanto, le resta tantas energías al enfermo.

En la figura C puede verse el aspecto que ofrece el uréter restaurado, observándose en el esquema que lleva el número 8, que el *neo-uréter* es completamente independiente de la cavidad del

Figura C (semiesquemática).



colon, que es uno de los puntos más importantes de esta intervención, y que ya he señalado anteriormente.

Indicaciones. — Ureteritis obliterante, casi siempre tuberculosa,

muchas veces blenorragica, colibacilar ó asociada á otros microorganismos en otras ocasiones; cálculos ureterales extensos, que invaden hasta las proximidades de la pelvis renal; en la ureterhidrosis; bridas peritoneales, restos antiguos de peritonitis crónica, que impiden al conducto llenar su cometido; tumores de órganos vecinos, y en la mujer un buen número de ellos de origen uterino y aun del mismo uréter, que, á pesar de ocupar poco espacio, en algunas ocasiones exigen operaciones muy extensas, por ser las paredes en estos casos muy friables é impedir toda tentativa de ureteroplastia.

Contraindicaciones.—Cuando el riñón del mismo lado está invadido por alguna neoplasia extensa, ó su parénquima está sumamente lesionado por otras causas y el riñón opuesto está sano, porque en el caso contrario no se debe intervenir; pero, en general, mi procedimiento tiene las contraindicaciones más restringidas que las operaciones actuales, que no son conservadoras.

De lo anteriormente expuesto, saco las conclusiones siguientes:

1.^a Con mi procedimiento de la circulación del nuevo conducto no tenemos que preocuparnos, pues con las arterias propias del órgano de donde le hemos construído queda suficientemente garantida.

2.^a La orina completamente independiente del contenido intestinal, y por ende, suprimidos todos los trastornos que origina cuando no se vierten en su reservorio natural.

3.^a El riñón del mismo lado respetado.

4.^a Menos cruento para el enfermo.

5.^a De técnica mucho más sencilla.

6.^a Por último, el poder hacer, en caso de neoplasia, una intervención radical.

DR. ENRIQUE FERNÁNDEZ LOZANO,

Médico segundo.

LA PROFILAXIS VENÉREA EN BARCELONA

CON APLICACIÓN ESPECIAL AL EJÉRCITO

(CONCLUSIÓN)

Hace muchos años que ha sido oficialmente reconocido por todos los países de Europa el hecho de que la prostitución es el principal medio de propagación de la enfermedad venérea, que han tomado medidas restrictivas para disminuir la extensión de su acción, ya que el vicio no es desarraigable; salvo Inglaterra é Italia, los demás países europeos han puesto control á la prostitución; unos países rígidamente, como Dinamarca, Suecia y Noruega; otros, como España y Rumanía, oficialmente la tienen regulada, pero la vigilancia y restricción no son tan rigurosas como en los otros países. La eficacia de las medidas de regulación la demuestran las estadísticas, pero además hay hechos aislados que ponen de relieve sus ventajas.

En la provincia de Pinar del Río, cuando la ocuparon los yanquis, que en su país dejan libre la prostitución, dictaron medidas de rigor, y el Cirujano Jefe de éstas fuerzas que ascendían á 3.000 hombres, declaró no haber podido ver más que á nueve hombres atacados de mal venéreo.

De igual modo, los americanos en Filipinas han establecido reglas para la regulación de la prostitución; en Joló, á la ocupación de la Plaza, se establecieron 50 prostitutas japonesas, y, según Ster, aparecieron muchas enfermedades venéreas; pero se dictaron reglas severas para regular la prostitución, para reconocimiento de los soldados y marineros, y la proporción de venéreo bajó al 1 por 100.

Hace pocos meses, dice el Profesor Vernon Lyman Rellogg, Profesor de la Universidad de Cowfort, de California, respecto de la transmisión congénita y de la eugénica importancia de la sífilis, que es una enfermedad comunicada por el marido á la mujer, por la madre á los hijos, por los hijos á sus hijos, que causa más sufrimientos y desastres que la tisis ó el cáncer; enfermedad acompa-

ñada de una terrible nube de otros males que ocasiona, como parálisis, malas formaciones, ceguera congénita, idiotismo ó vesania; enfermedad que hace del matrimonio una abominación y del parto un peligro social; y como coronando estas desgracias, no mata, sino que arruina á sus víctimas. Mientras que la tisis y el cáncer se llevan en Inglaterra hoy día á mil personas por cada millón en un año, la sífilis no mata sino una persona por millón; no selecciona por la muerte; no es purificante, sino totalmente transmisora.

He hablado de la sífilis, y puedo decir lo mismo de la enfermedad venérea, azote principalmente desenvuelto en la vida militar. Esta es causa de mayor número de admisiones en los hospitales que ninguna otra enfermedad. El año 1910 causó en el Ejército británico el 31,8 por 100 de sus inútiles; fué la causa de un 5 de las entradas en hospital aquel año, y todavía produjo un 1 por 100 del total de muertos militares, y eso que en estos últimos años esta plaga es menor que antes, porque en 1895 entraron en el hospital, por enfermedades venéreas, en la India, 537 por 1.000.

No es el Ejército inglés el que sufre más de este azote, porque el Ejército de los Estados Unidos tiene el doble de admisiones en hospitales por esta misma causa.

Indudablemente tales enfermedades, las más disgénicas de las del hombre, hallan en el Ejército terreno abonado para hacerlo teatro de sus estragos.

El público no se percata (dice acentuadamente *The Lancet* en un reciente editorial) de la vasta importancia que para la comunidad tiene la prevención de la enfermedad venérea.

El aspecto de la blenorragia, causando esterilidad é invalidismo crónico en las mujeres, empieza ahora á conocerse, mientras nosotros estamos encontrando cada día más amplias las extensiones del venéreo sifilítico.

En mi carácter de Director de este Hospital militar, y por la circunstancia de llevar quince años en esta Plaza, he tenido ocasión de apreciar cómo ha ido aumentando el máximo de los ingresados por enfermedades venéreas. Hasta hace pocos años no se reunía nunca en esta clínica un número mayor de sesenta individuos, y esto ocurría raras veces, observándose preferentemente en la época de incorporación de los reclutas; en los últimos años, en numerosas ocasiones la cifra de los asistidos ha pasado de cien, y aun ahora se acerca á este número. Bien es verdad que en este año

y en el anterior han ingresado muchos sifilíticos en fases latentes, atraídos por el señuelo de la administración del salvarsán, del que se han aplicado muchos centenares de inyecciones, y el crédito de la eficacia de tal medicación sigue atrayendo á muchos que no hubieran demandado ser hospitalizados, y que hubieran pasado desapercibidos al celo de los Médicos de los Cuerpos encargados de hacer el reconocimiento mensual, por estar en una fase latente y sin manifestaciones ostensibles; pero de todos modos, el hecho es que tales individuos son sifilíticos y deben figurar en la estadística, y es preferible conocerlos como tales para tratarlos.

Por todo lo expuesto me considero en el deber de pedir toda clase de medidas restrictivas, y una inspección eminentemente fiscalizadora sobre la prostitución, que debe organizarse de hecho y no de nombre, para salvaguardar la salud del soldado que nos está encomendada, para poder reintegrarlo sano á la vida civil, y en lo que sea hacedero, disminuir el peligro para la raza, por la influencia que tales enfermedades han de tener sobre las generaciones venideras.

Las corrientes van hoy por ese cauce, como lo revela la sesión mencionada de la Real Sociedad de Medicina de Londres, es decir, del corazón del país más proverbialmente refractario á medidas de restricción en este punto y más idólatra de los derechos individuales; los asolamientos que tal plaga va haciendo en su raza, hacen que sus sabios salgan de su estoicismo.

Que hay derecho para pedir y para imponer una intervención de mano de hierro, lo revela la conducta que se sigue en todos los pueblos, en evitación de la extensión de la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas, las declaraciones obligatorias, y el control del Médico de escuelas, que los países que se precian de cultos lo tienen ya establecido.

Apoyo esta manera de pensar en lo que el Profesor Mr. Federico Homsay ha escrito para el reciente Congreso de Eugénica en Londres, en Julio último; esta naciente ciencia, que algunos estiman como la puericultura de los que han de nacer, y que, según Francis Galton, tiene por objeto el estudio de las causas sujetas á control social, que pueden mejorar ó debilitar las cualidades de raza de las generaciones futuras, sea física, sea mentalmente; tiene ya una falange numerosa de sabios que militan con ardor en sus filas, y que cada uno desde un punto de vista distinto, tiende á

laborar asiduamente para que se pongan los medios de seleccionar la raza, teniendo en mira los principios darwinianos. De entre los de esta falange, citaré algunas de las ideas expuestas por el Catedrático de Ciencias de París, Housay, á propósito de la selección y del determinismo de los averiados: preconiza reglas prácticas y busca de impedir la propagación de lo inepto por el aislamiento ó la esterilización obligada ó voluntaria, y aborda la cuestión del derecho social á la intervención en semejante materia; y siendo poco eficaz la intervención persuasiva, se inclina á la esterilización constrictiva, porque si su valor de preservación social está suficientemente establecida, no es más que un aspecto particular del derecho á castigar. Este derecho, dice, no es una venganza ni un talión; su legitimidad descansa únicamente en la necesidad primordial que tienen las sociedades de preservarse y de extinguir todos los focos de contaminación, que, extendiéndose y generalizándose, pondrían en peligro la civilización superior y la vida social misma. Ahora bien; este derecho á castigar no es combatido más que por una minoría ínfima, en nombre de una lógica abstracta que se olvida de las realidades humanas y sociales. Los factores primordiales de la ineptitud, lo averiado y lo degenerado, se entreevee que son el alcoholismo, la sífilis, y más generalmente toda intoxicación espontánea ó resultado de enfermedades contagiosas.

Este orden de reflexiones que el Dr. Housay hace en apoyo de su tesis, buscando medios de eliminar de las futuras generaciones á los *tarés*, es en cierto modo aplicable á la nuestra como justificativo del derecho de intervención en la sífilis y otras enfermedades venéreas; bien es claro que empleando otros medios adecuados á éstos, sin implicar las radicales medidas del aislamiento y la esterilización por vasectomía, pues bastaría á nuestro propósito con una rígida reglamentación de la prostitución con tal que no se reduzca á ser derecho escrito, sino actuado, ó sea una social profilaxia, mientras que Housay propone una racial terapéutica.

Después de lo expuesto en las anteriores observaciones, hay derecho á esperar algunas conclusiones, como es usual en estos trabajos; pero, según las enseñanzas que tales datos nos sugieren, entiendo que no cabe sino concluir con el siguiente dilema:

O dejar en absoluta libertad la prostitución para que tome los vuelos y rumbos que el azar ó que múltiples é ignorados factores

naturales la impriman, como viene haciéndose en Inglaterra, Italia y Estados Unidos de América;

O intervenirla de una manera rígida para reducir sus estragos á la menor expresión posible (ya que este vicio es reconoci-damente indesarraigable), como viene haciéndose en Dinamarca, Suecia y Noruega.

Toda vez que las contemporizaciones con motivos de ética ó de derecho, ó el tener sin cumplir una ley escrita, hecha al parecer para servir de señuelo y dar tranquilidad á incautos pacatos ó doctrinarios, nos viene produciendo casi iguales resultados que el seguir el principio de «la prostitución libre en el Estado libre», de Crispi.

C. LÓPEZ BREA,

Subinspector Médico de primera clase.

LA INMUNIDAD EN LA TUBERCULOSIS

(CONCLUSIÓN)

Con las ideas expuestas hasta aquí sobre el modo íntimo de obrar de las tuberculinas, podemos discurrir ya sobre el grado de eficacia de las mismas en el tratamiento específico de la tuberculosis.

Dejando aparte la elección de la clase de tuberculina, y partiendo del supuesto que se encuentre la tuberculina ideal, que ha de ser aquella que contenga más puro el antígeno tuberculoso, la mitriditación que se intenta con la tuberculinoterapia tropezará siempre con el inconveniente grave de los fenómenos de hipersensibilidad de este padecimiento.

Estos fenómenos fueron los que hicieron naufragar las ilusiones primitivas de Koch, y ellos mismos son los que se oponen al presente á conseguir, con los nuevos métodos de

tratamiento, una inmunización artificial, fácil y expedita en la clínica. Todo lo que se ha hecho desde Koch acá no ha sido más que intentar por diferentes caminos salvar los obstáculos de la hipersensibilidad; pero como estos obstáculos están en la naturaleza misma de la infección tuberculosa, de ahí que sea muy difícil conseguir sobre ellos un triunfo definitivo. Lo más importante sobre este punto, hoy por hoy, es fijar los términos científicos en que se halla planteada la cuestión. La principal dificultad de la cura espontánea de la tuberculosis está en su carácter de infección crónica local, que no le permite desarrollar anticuerpos que, difundiéndose por todo el organismo, conviertan á éste en terreno inabonado para la vida del microbio. El principal obstáculo para su cura por medios bacterioterápicos inmunizantes está en los fenómenos de hipersensibilidad que se desenvuelven en los focos tuberculosos con motivo de la introducción de los antígenos y el desarrollo de venenos anafilácticos que causan graves lesiones en los tejidos de los enfermos.

Por eso creo yo que en la aplicación de las tuberculinas debe tenerse en cuenta este principio fundamental: las tuberculinas se deben dirigir más á inmunizar contra los venenos anafilácticos que contra los antígenos tuberculosos propiamente dichos. El problema, pues, del uso de las tuberculinas es un problema de anafilaxia; y sólo con el conocimiento del mecanismo de esta función marchará el progreso de su aplicación y el éxito de estos medicamentos específicos. No se niega con esto el fundamento esencial del mitridatismo que se persigue en la inmunización artificial de la tuberculosis por las tuberculinas; lo que se hace es afrontar el obstáculo que surge en el camino de esa inmunización con motivo del desarrollo del veneno anafiláctico.

Con lo que queda dicho, basta para comprender lo de-

licado del uso de estos medicamentos, y lo expuestos que son á causar daño, manejados por quien no tenga de estas cosas un concepto racional y científico. Por lo pronto, no se concibe el empleo discreto de las tuberculinas en la clínica sin el auxilio del laboratorio. La elección de las tuberculinas no debiera nunca hacerse sin comprobar antes el poder antigénico que poseen, ó sea la cantidad de anticuerpos que son capaces de engendrar en los animales de experiencia, si bien es preciso tener en cuenta la diferencia de organización y de susceptibilidad reactiva que existe entre estos animales y el hombre. Pero lo que más importa, para obtener los mejores resultados del tratamiento, y sobre todo, para no causar daño á los enfermos, es la determinación en todo momento de la cantidad de anticuerpos que contiene el suero de la sangre de los individuos tratados. Como la utilización del índice opsonico de Wright va cayendo cada día más en desuso, se ha recurrido modernamente con éxito al método de Bordet y Gengou de la desviación del complemento. Si las nuevas ideas de Alberhalden se confirmaran, podríamos contar presto con un nuevo método para la determinación cuantitativa de los antígenos y anticuerpos tuberculosos, mediante la digestión artificial *in vitro*, de la proteína del germen con el fermento proteolítico específico y el complemento. La comprobación por análisis químico directo, ó por los medios ópticos usados por Alberhalden del producto de desintregación proteínica de este proceso fermentativo, podría darnos no sólo la clave del diagnóstico precoz de la tuberculosis, sino servirnos de guía para el uso acertado de las tuberculinas.

Para comprender bien la importancia del conocimiento, en todo instante, de la cantidad de anticuerpos específicos que contiene la sangre de los enfermos, basta considerar que la dosis y el momento en que debe hacerse la inyec-

ción de tuberculina dependen por completo de ese antecedente. No basta saber sólo que el principio de dosificación de las tuberculinas está fundado en las ideas de Besredka sobre el modo de producir la antianafilaxia, ó sea inyectando solamente dosis pequeñísimas que no sean capaces de despertar fenómenos de hipersensibilidad perjudiciales, sino que una propia dosis puede ser útil ó causar daño á los enfermos, según la cantidad de anticuerpos que haya en la sangre en el momento mismo en que se inyecta. Y la razón de esto es obvia: si hay muchos amboceptores circulantes en los plasmas y en la sangre, las moléculas de tuberculina inyectada se combinan con ellos y la cantidad de tuberculina que llega á los focos tuberculosos, donde se da principalmente la reacción anafiláctica, es muy pequeña; por el contrario, si los anticuerpos circulantes son escasos, como ocurre en las fases negativas de la infección, las moléculas de tuberculina, no encontrando con quién combinarse en el camino del torrente circulatorio, caen como avalanchas sobre las lesiones tuberculosas, produciendo graves trastornos locales y generales.

Tratemos ahora brevemente de la sueroterapia. La sueroterapia antituberculosa me parece sencillamente una vana ilusión, que revela el más profundo desconocimiento del mecanismo íntimo de la inmunidad en la tuberculosis. Cuando no hemos encontrado todavía sueros terapéuticos antimicrobicos para la fiebre tifoidea, el cólera y otras infecciones semejantes, en que el suero específico, puesto en contacto con los gérmenes propios, produce *in vitro* una positiva desintegración bacteriolítica, se pretende hallar, sin embargo, sueros antituberculosos, que ni *in vitro* ni en el interior de los tejidos, son capaces de atacar la cubierta cérea que envuelve á los bacilos. Y si se pregunta cómo se explican los hechos clínicos señalados por autores serios, en que se ha podido observar cierto resultado

beneficioso del uso de estos sueros, se puede contestar que, además de que en el curso natural de la tuberculosis en el hombre hay oscilaciones de empeoramiento y mejoría que pueden coincidir con el uso de los medicamentos, sin que por eso se trate de una relación de causa á efecto, hay que convenir que en el complejo síndrome de la infección tuberculosa puede haber algún aspecto tóxico, y ser éste el que se neutralice por la acción antitóxica del suero, que es la única que se pudiera admitir, pensando racionalmente. Esto, en último término, sería un epifenómeno de la inmunización natural y artificial, que no toca de cerca ni de lejos á la esencia misma de la infección.

El porvenir, pues, de la prevención y cura de la tuberculosis no está en la sueroterapia; las propias tuberculinas tienen una virtud limitada que gira dentro de la doctrina que acabamos de exponer; y, no obstante, todo el progreso realizado hasta ahora por la bacteriología, no tenemos recursos más eficaces que los ofrecidos por la misma Naturaleza con la influencia de los medios higiénicos generales. La cura en los Sanatorios, discretamente ayudada por el uso de las tuberculinas: tal es la fórmula actual del progreso en el tratamiento de la tuberculosis. El ideal definitivo de la curación tal vez esté en el camino de la quimioterapia; pero el de la prevención individual, el de la profilaxis pública, el de la higiene magna de la tuberculosis, pertenece, y pertenecerá siempre á las vacunas, ó sea á la inmunización artificial del hombre, que es lo que con tanto afán persiguen los más sabios investigadores.

DR. MARTÍN SALAZAR

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona

LA FIEBRE TIFOIDEA EN LA GUARNICIÓN DE LÉRIDA

(CONTINUACIÓN)

Poco después de salir la acequia conductora de Piñana, pasa por los pueblos de Audanis y Alfarrás, sirviendo de estercolero de la población. Siguiendo su curso, se utilizan sus aguas para motor de alguna fábrica, devolviéndolas impurificadas á la acequia. Apenas llega á Alguairi, se juntan sus aguas con las del único lavadero que hay en la población. Continúa su marcha, y en Roselló la reciben, para desaguar algunas letrinas y macerar con sus aguas esparto, trapos viejos y alpargatas usadas, en una fábrica de papel, devolviéndolas á la acequia una vez utilizadas, y así llega á Lérida, donde son recibidas por un depósito que hace pocos días se limpió, después de muchos años de no verificarse esta limpieza, y en la que se ha encontrado una espesa capa de lino fangoso estercoráceo.

Esta es el agua que se bebe en Lérida: en muchas casas de la población se utiliza después de filtrada en piedras litográficas; en algunas otras se usan filtros de valor dudoso (mucho más, por no practicarse en ellos las medidas de limpieza y esterilización prescritas), y en los cuarteles se emplean filtros Maillé, que son los reglamentarios.

Creo que basta la descripción del curso que sigue el agua desde la presa de Piñana hasta Lérida, para que éntre la sospecha de que en ese elemento radica el régimen morboso generador de la insalubridad de esta guarnición.

Esta sospecha nos obligó á disponer que se practicase un reconocimiento bacteriológico en el laboratorio de este Hospital, por el ilustrado Farmacéutico primero D. José Abadal, y á continuación insertamos el resultado del reconocimiento practicado.

Análisis bacteriológico de las aguas de la población y cisternas del castillo Principal.—Agua de la Panera.—Recogidas muestras de agua en matraces Erlemmeyer, previamente esterilizados, se

procedió á su análisis, comenzando por hacer varias siembras en gelatina sobre placas de Petri, observando la aparición de abundantes colonias, en su mayor parte liquefacientes, acabando á los pocos días por liquidar toda la gelatina, lo cual demostró que se trataba de muestras de agua en las cuales abundaban las bacterias, pero con probabilidades de no contener ni el colibacilo ni el bacilo de Eberth. Con objeto de cerciorarnos de tal supuesto, se hicieron sucesivas siembras en caldo peptonizado y fenicado, según el procedimiento de Vicent, modificado por Abadal y Blavia, teniendo en cuenta que en el caldo fenicado, y á los 42°, vegetan también el bacillus mesenterius y el bacillus subtilis, mientras que á 44°,5 sólo germinan el de Eberth y el Coli, y, sometidos en la estufa de cultivos á la temperatura de 44°,5, sostenida por espacio de doce horas en cada siembra, se vió que el caldo no se enturbia lo más mínimo, llegando, por lo tanto, al convencimiento de que no contenía dichas dos especies bacterianas, únicas que podrían desarrollarse en tales condiciones, y que eran sobre las que más directamente dirigíamos nuestros trabajos.

Aguas del Plá.—Recogida la muestra de agua después de manar un buen rato la fuente de donde se obtenía, en matraces debidamente esterilizados, se procedió á la siembra en gelatina sobre placas Petri, observando que ya en el primer día aparecieron abundantes colonias, casi todas ellas de liquefacientes, lo cual nos indujo á hacer nuevas siembras en gelatina fenicada, pudiendo observar que aparecían igualmente bastantes colonias antes de las cuarenta y ocho horas, en vista de lo cual, hicimos nuevas siembras en caldo peptonizado-fenicado (Vicent modificado), y sometidas á 44°,5 en la estufa, se observó que, á las ocho horas, se formaban abundantes colonias en forma de velo en la superficie del caldo, constituídas, por lo tanto, por colonias de colibacilos, bacilos de Eberth, ó ambos á la vez, por ser los únicos que en tales condiciones podían germinar, observando lo mismo en siembras sucesivas, y pasando, por lo tanto, á efectuar algunas reacciones diferenciales de ambos.

Sembrados varios tubos conteniendo leche estéril con algunas gotas del agua en cuestión, así como del caldo procedente de la cuarta siembra, y colocados en la estufa por espacio de treinta horas á 38°, no se coaguló la leche.

Sembrados asimismo algunos tubos de agar al Neutral-Roth,

y colocados en la estufa á conveniente temperatura, se vió al cabo de algunas horas que no había reducción del medio, permaneciendo los tubos del mismo color é idénticos al del tubo colocado como testigo. Efectuadas siembras en agua peptonizada, se observó que no había producción de nidol.

Procedióse después á siembras en caldo lactosado y peptonizado, que, sometido á 37°, no dió lugar al menor desprendimiento de gases. Tenían además éstos cultivos la propiedad de aglutinarse en el suero de conejo inyectado de bacilos Eberth, con todo lo cual puede afirmarse que el agua procedente de la fuente del Plá contiene el bacilo Eberth en regular cantidad, por haberse efectuado todas las siembras en pequeñas cantidades de dicha agua.

Agua de la fuente del Hospital Militar.—Recogida convenientemente, y hechas siembras de gelatina fenicada sobre placas Petri, aparecieron pocas colonias, siendo el número de los liquefacientes próximamente igual al de las que no liquidaban la gelatina.

Sembrada en caldo peptonizado y fenicado (Vicent modificado), y sometida á 44°,5 en la estufa, á las ocho horas se produjo ligero enturbiamiento. Verificadas siembras en tubos con leche estéril, se coaguló á las pocas horas, permaneciendo sin coagularse la de los tubos testigos. Hechas siembras en tubos de agar al Neutral-Roth, dió reacción positiva y asimismo en agua peptonizada, hubo producción de indol, y por fin se observó la no aglutinación con suero Eberth, deduciendo, por lo tanto, que dicha agua contenía el colibacilo en regular cantidad.

Con objeto de completar el análisis de las aguas que más ó menos directamente podían afectar á la salud del soldado, y cumpliendo órdenes superiores, se procedió al análisis de las contenidas en las tres cisternas existentes en el castillo Principal por el siguiente orden:

Cisterna denominada «Almas».—Recogida muestra á mediana profundidad y en debidas condiciones, se hicieron algunas siembras en placas de gelatina fenicada, apareciendo cortísimo número de colonias, y aun éstas todas liquefacientes; sembrada en caldo peptonizado y fenicado, y sometida á 44°,5 durante doce horas en la estufa, no se produjo ni siquiera el más ligero enturbiamiento, pudiendo, por tanto, afirmar que no posee dicha agua más que reducido número de bacterias, y aun éstas del grupo de las no patógenas.

Cisterna de los Templarios.—Practicado igual análisis que el anterior, dió idénticos resultados, cabiéndonos por lo mismo el convencimiento de que se trataba de agua de muy buenas cualidades bacteriológicamente consideradas.

Cisterna denominada «Claustros».—Recogidas muestras en forma debida, y hechas siembras sobre placas de gelatina, aparecieron numerosísimas colonias, en su mayor parte del grupo de las no liquefacientes, siendo preciso hacer nuevas siembras en mayor dilución, obteniendo el mismo resultado, si bien en menor número, como era natural.

Hechas siembras en gelatina fenicada sobre placas, se notó la aparición de bastantes colonias, lo cual nos indujo á seguir el procedimiento de Vicent modificado, apareciendo, antes de las doce horas, características películas en la superficie del caldo fenicado, obteniendo iguales resultados en siembras secundarias sobre el mismo medio. Sembrados tubos de agar al Neutral-Roth, dieron resultados positivos; así como efectuadas siembras en tubos con leche estéril, la coagulaban á las pocas horas, pudiendo, por lo tanto, convencernos de que existía el colibacilo.

Como quiera que en las siembras sobre el Neutral-Roth se observaban algunas colonias completamente de resultado positivo, y á la par existían algunas que no acusaban cambio de color, se procedió á repetidas siembras de las distintas colonias en leche estéril, Neutral-Roth y en agua peptonizada, que daban unas veces resultados positivos y negativos; otras, según la siembra procedía de una ú otra colonia, pudiendo, por tanto, afirmar que dicho agua contenía asociados los bacilos de Eberth y el colibacilo en bastante cantidad, informando desde luego que debía proscribirse en absoluto el uso del agua de dicha cisterna y, lo que es más, debía procederse á la inmediata desinfección de la misma, puesto que ello constituía un verdadero foco Eberthiano.

El resumen de las aguas cuyo análisis bacteriológico se ha efectuado puede condensarse en el siguiente cuadro:

CARACTERES	AGUAS DE LA POBLACIÓN		
	Pavera.	Plá.	Hospital.
Bacterias no patógenas.....	Abundantes.	Abundantes.	Escasas.
Colibacilos.....	No contienen.	No contiene.	Contiene.
Bacilo de Eberth.....	No contiene.	Contiene.	No contiene.
Grado de potabilidad.....	Regular.	No potable.	Potable.

CARACTERES	CISTERNAS DEL CASTILLO PRINCIPAL		
	Almas.	Templarios.	Claustro.
Bacterias no patógenas.....	Muy escasas	Muy escasas.	Abundantes.
Colibacilos.....	No contiene.	No contiene.	Contiene.
Bacilo de Eberth.....	No contiene.	No contiene.	Contiene.
Grado de potabilidad.....	Potable.	Potable.	No potable.

Hemos llegado al final de nuestro trabajo. Creemos haber demostrado en el curso del mismo la existencia, en la guarnición de Lérida, de la fiebre tifoidea en estado endémico. Hemos visto las malas condiciones sanitarias de los cuarteles y otras dependencias donde vive el soldado. Hemos encontrado en las aguas el bacilo de Eberth, productor de la fiebre tifoidea, pudiendo establecer la relación que existe entre la endemia que aquí se padece y la ingestión de esta agua contaminada. Ha llegado, pues, el momento de sacar conclusiones de este trabajo para ver si es posible corregir el estado morbo que padecemos, mejorando las condiciones sanitarias de la guarnición y evitando que el agua de bebida se contamine del germen Eberthiano para que llegue á Lérida en el mayor grado de pureza biológica.

Si el soldado no bebiera más agua que la que encuentra filtrada en el cuartel, no sufriría tal vez fiebres tifólicas. Pero el soldado no vive siempre acuartelado; frecuenta los cafés, tabernas, espectáculos públicos; cultiva el trato de las familias, con las que ha establecido relaciones de amistad; pasea por las calles de la población, etc., etc. El soldado no come exclusivamente rancho; come en la cantina y fuera del cuartel, y bebe cuando tiene sed el agua que tiene á su alcance, la de su vecino, la que le sirven en el café, la que mana de una fuente pública en la calle, la que corre por la acequia en el campo, etc., etc.

Esto demuestra que la instalación de filtros en los cuarteles no tiene más que un valor relativo. Pretender acabar la endemia que padecemos con sólo establecer baterías de filtros en los cuarteles y obligando á que no se coma alimento alguno que no haya sufrido una previa cocción, conforme he visto aconsejado, es sencillamente una ilusión. El germen tifógeno está en el agua que bebemos, conforme ha demostrado el análisis bacteriológico; siempre, pues, que se bebe agua que esté contaminada, si el individuo que la bebe está en condiciones de receptibilidad, adquirirá la infección tifódica. Como el soldado, lo hemos dicho antes, bebe cuando tiene sed, sin establecer excepción entre el agua que esté á su alcance, y ésta no siempre ha sido previamente filtrada, resulta inútil establecer filtros en el cuartel, pues la infección que evitará por la mañana, por ejemplo, bebiendo agua filtrada, la podrá adquirir por la tarde, bebiendo el agua directamente de una fuente pública. Además, la acción de los filtros Maille, que son los mejores indudablemente entre los que hoy conocemos, se ejerce únicamente sobre el bacilo, dejando pasar las toxinas solubles, y, por lo tanto, el uso del agua que contenga gran cantidad de bacilos tifógenos no es recomendable aunque se disponga de una buena batería de filtros para retener entre sus poros los gérmenes vivos que contiene. Esto sin contar que para conservar el poder retentivo del filtro es preciso cuidar escrupulosamente de su limpieza y de su esterilización periódica, cosa que se olvida con frecuencia.

No basta, pues, la instalación de filtros en los cuarteles y dependencias militares; si bastase, hace tiempo que se hubiese extinguido la infección tifódica en esta guarnición, pues desde hace muchos años cuentan los cuarteles y otras dependencias con buenos filtros.

Si el soldado tuviera conciencia plena de los peligros que entraña beber agua contaminada con gérmenes patógenos, es posible que bastara la excitación ú orden de sus Jefes, para que aguardara á calmar su sed hasta tener á su disposición agua pasada por el filtro; pero para ello es preciso tener una educación que desconoce y una fe en los principios científicos de que carece.

(Continuará.)

NECROLOGÍA

Don Manuel Romero Garcia,

Médico primero.

Nació el día 3 de Septiembre de 1884 en Cáceres, habiendo verificado el grado de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Granada, el 30 de Noviembre de 1906.

Por Real orden de 30 de Septiembre de 1907 fué nombrado, previa oposición, Médico-alumno de la Academia Médico-Militar, concediéndosele el empleo de Médico segundo por Real orden de 30 de Junio de 1908, y siendo destinado al segundo batallón del Regimiento Infantería de Burgos, y posteriormente al de Ceuta, desde cuya plaza salió para Casablanca con fuerzas de su batallón, incorporándose nuevamente á Ceuta en 1.º de Octubre de 1909 y destinándosele á la Compañía Mixta de Sanidad Militar de dicha plaza, en 1.º de Febrero del siguiente año.

Ascendió á Médico primero el día 1.º de Enero de 1911, siendo destinado al primer batallón del Regimiento Infantería de Asia, en el que continuó hasta su fallecimiento, ocurrido en Cáceres el 7 del corriente.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

VARIEDADES

El Subinspector Médico de primera clase Sr. Alabern, Médico de la Real Cámara, ha entregado, en nombre de S. M. el Rey, al Excmo. Sr. Jefe de la Sección de Sanidad Militar, varias cajas de curas alemanas modernas para el tratamiento de los traumatismos, á fin de que se ensayen en los nosocomios militares.

En las oposiciones á los premios extraordinarios del Doctora-

do, verificadas recientemente en esta Corte, los han obtenido el Médico primero Sr. Palanca y el Médico segundo Sr. Prats.

Mucho celebramos el triunfo de nuestros compañeros.



En el Instituto de Higiene Militar se han verificado, durante el mes de Diciembre de 1912, los trabajos siguientes:

Productos analizados.—*Alimentos:* leches, 4.—*Bebidas:* aguas potables, 4; vinos tintos, 1.—*Secreciones y excreciones:* jugo gástrico, 2; orinas, 348; esputos, 33.—*Tejidos y sus derivados:* sangres, 7; tejidos, 4; exudados, 4; pus, 1; tumores, 1; líquido espermático, 1.—*Parásitos:* ascáride lumbricoide, 1.—*Suero-reacciones aglutinantes:* tífus, 1; fiebre de Malta, 1.—*Reacciones de fijación de complemento:* Wassermann, 14; bulbo de rabia, 1.—Total productos analizados, 428.

Productos elaborados.—*Emulsiones:* Antígeno sifilítico: frascos, 2.—*Medios de cultivo:* Agares: tubos, 147. Caldos: frascos, 32, y tubos, 256. Gelatinas: tubos, 43. Patata glicerínada: tubos, 22. Suero coagulado: tubos, 5.—*Reactivos químicos para análisis y elaboraciones:* Soluciones colorantes: frascos, 7. Tituladas: frascos, 96. Otros reactivos: frascos, 24.—*Semillas:* Bacilos tíficos de Eberth: tubos, 1. Coli: tubos, 1.—*Sueros:* Aglutinantes diagnósticos, antitífico Eberth: frascos, 1. Hemolísicos anticarnero: frascos, 1. Antiternera: frascos, 1. Curativo antidiftérico: frascos, 135.—*Toxinas diagnósticas:* Malleína diluída: ampollas, 12.—*Vacunas:* Antivariólica (pulpa glicerínada): viales, 275, y tubos, 472.—Total productos elaborados, 1.533 unidades.



El sabio Dr. Cajal, gloria de la Medicina patria, ha sido muy obsequiado en su reciente viaje á Ceuta por los individuos de nuestro Cuerpo residentes en dicha Plaza.



Military Surgeon, órgano de los Médicos y Farmacéuticos militares y de la Armada en los Estados Unidos, hace un extracto, en su número de Diciembre último, del trabajo de nuestro compañero,

el Médico segundo D. Francisco Luque, publicado en la REVISTA bajo el título de «Parapleja consecutiva á herida por arma de fuego curada por craneotomía».



El Colegio de Huérfanos de Estado Mayor y Sanidad Militar ha sido trasladado al Paseo de María Cristina, núm. 2, hotel, en cuyo edificio, que reúne excelentes condiciones, se está verificando actualmente la instalación de los servicios bajo una entendida disposición.

He aquí el Balance de Caja correspondiente al tercer cuatrimestre de 1912:

D E B E	Pesetas.
Existencia en 1.º de Agosto.....	8.781,14
Donativos.....	141,60
Cuotas individuales.....	10.021,60
Laboratorio Central de Medicamentos.....	666,60
Academia Médico-Militar.....	166,60
Brigada de tropas de Sanidad Militar.....	1.552,40
Compañía de Sanidad Militar de Ceuta.....	203,80
Idem íd. de Melilla.....	293,10
Idem íd. de las Palmas.....	97,05
Depósito de la Guerra.....	666,60
Escuela Superior de Guerra.....	166,65
Compañías de la Brigada Obrera y Topográfica.....	360
Brigada Obrera y Topográfica.....	100
De los medio-pensionistas.....	365
TOTAL	23.582,14

H A B E R	Pesetas.
Sostenimiento del Colegio.....	7.045,90
Pensiones á huérfanos.....	5.044,50
Gastos de sostenimiento.....	1.818,45
En cuenta corriente en el Banco de España.....	7.000
En poder del Tesorero, para gastos.....	2.673,29
TOTAL	23.582,14

DONATIVOS

De un extranjero que oculta su nombre, 5,60 pesetas; del Médico ma-

yor D. Diego Naranjo, 11; del Médico segundo D. Federico Gil, 25; del Excmo. Sr. Capitán general D. Marcelo de Azcárraga, 50, y de D. Tomás Rodríguez Mata, 50.

Madrid, 4 de Enero de 1913.—V.º B.º—El Inspector Médico, Presidente, *Lacalle*.—El Subinspector Médico de segunda, Jefe del Detall, *José Pastor*.

*
* *

El presente número de la REVISTA se reparte con un día de retraso, á causa de haber considerado preferible esperar á que saliese la propuesta de destinos de este mes, con objeto de hacer las anotaciones consiguientes en la escalilla que acompaña á dicho número.

Así y todo, no ha podido alcanzar todas las disposiciones referentes al personal con arreglo al nuevo presupuesto, por no haberse firmado aún los Reales decretos que á ellas se refieren.

Las variaciones en la clase de Inspectores sólo contendrán en la escalilla, por dicho motivo, la cifra general de encabezamiento.

Advertimos también á nuestros lectores que el movimiento que aparece en la escalilla no se reproduce en la Sección Oficial (nos referimos á las Reales órdenes de las propuestas de destinos) porque, por una parte, hubiésemos tenido necesidad de retrasar más aún el presente número, y de otra, porque algunas de las referidas disposiciones se han dictado por Real orden comunicada.

Así, pues, no estará demás indicar que en la escalilla aparecen todos los destinos y situaciones con arreglo al nuevo presupuesto, á excepción de las modificaciones en las escalas de Inspectores, y que las cifras totales de las plantillas de cada empleo son las que encabezan el personal y destinos de cada clase.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Medios que deben ponerse en práctica para despertar á la nación en lo que se refiere á su salubridad. (*Military Surgeon*, Noviembre, 1912.)—Mr. Charles P. Wertenbaker, Presidente de la Asociación de Médicos militares americanos, en el discurso que pronunció

en Baltimore, con motivo de su reunión anual, resume, en esta forma de conclusiones, los medios que deben ponerse en práctica para conseguir tan importante objeto:

1.^a Educación más amplia y general del individuo en materia de higiene y profilaxis para que

comprenda las relaciones que tales cuidados tienen con su salud, y pueda preservarla utilizando sus propios medios.

2.^a Relaciones más estrechas entre los funcionarios encargados de la salud pública y la masa general del público para propagar y asegurar el cumplimiento de las leyes y ordenanzas locales dictadas con fines sanitarios, haciendo comprender su utilidad y necesidad.

3.^a Preparación científica completa en el concepto de higienistas de los Médicos que han de ejercer funciones de tales en los centros y en las localidades.

4.^a Ampliar y mejorar las enseñanzas de la ciencia sanitaria en las Facultades de Medicina como una especialidad, y establecer el título correspondiente exigible para tales funciones.

5.^a Estimular á las grandes empresas industriales (ferrocarriles, fábricas, etc.) para que cuiden de la salud de los individuos que emplean, lo cual, además del beneficio general, les producirá uno particular, real y efectivo en su negocio.

6.^a Establecer la enseñanza higiénica en todas las escuelas, empezando desde las de párvulos y acabando por las de grados más superiores, aplicándola á la profesión ó trabajo para que preparen.

7.^a Desarrollo y aplicación práctica de la salubridad rural.

La clave de todo este sistema está en la educación. Educación sanitaria del legislador y del juez, del maestro y del médico. Este último, para ser un verdadero higienista, requiere inteligencia, buen juicio y habilidad de ejecución y de investigación, para coordinar los intereses materiales de la producción y del

comercio con los de la salud pública, que están íntimamente relacionados.— J. P.

Un tratamiento sencillo de la sarna.—Recomienda el Dr. Has el siguiente, con el que, á su juicio; se obtiene la curación en veinticuatro horas:

1.º Un baño caliente completo, de media hora de duración, con fricción enérgica de jabón graso.

2.º Fricción con la siguiente pomada:

Azufre precipitado..	160	gramos.
Mentol.....	4	»
Carbonato potásico..	40	»

Lanolina, c. s. para obtener 1.000.

3.º Dos horas de cama bien arropado para sudar.

4.º Repetición de la pomada.

5.º Otras dos horas de cama.

6.º Un baño de limpieza de media hora.

7.º Pincelar la parte enferma con una mezcla de óxido de cinc.

Talco.....	/
Glicerina.....	a. a.
Agua destilada.....	\

Con esto se termina el tratamiento, dándole al soldado ropa blanca nueva y el uniforme desinfectado, para evitar toda reinfección.— (*Deuts. Milit. arzt. Zeit.* 1912, H. 20.)— F. G. D.

**

Cuerpos extraños de 3.100 gramos de peso en el estómago de un alienado.—M. Patel cita dicho extraordinario caso.

Tratábase de un loco que albergaba en su estómago 535 guijarros,

varios trozos de madera y un clavo con un pedazo de hierro.

El sujeto parecía sufrir del abdomen, y tuvo varias hematemesis, presentando cierta crepitación gaseosa en la región epigástrica.

Se pensó en una perforación y se intervino por medio de una laparotomía supra-umbilical, descubriéndose el estómago bastante distendido y á través de la pared notábase piedras en gran cantidad; hecha la incisión verticalmente sobre la cara anterior del estómago, se derramó inmediatamente un líquido sanguinolento, muy fétido, que fué extraído con la ayuda del aspirador.

Con la pinza, la cucharilla y la mano fueron sucesivamente sacados todos los cuerpos extraños; los pedazos de madera, principalmente, estaban enclavados en la mucosa, la cual se encontraba en otros puntos engrosada por la adherencia de tierras.

Se dudó de abrir todavía el duodeno y el intestino grueso, que contenían clavos y otros objetos. El enfermo sucumbió al siguiente día, más bien á la infección de la mucosa que á la peritonitis.

Se han señalado con frecuencia cuerpos extraños en el estómago de los alienados, pero semejante cantidad resulta excepcional.—(*Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques*, Octubre 1912.)—*J. P.*

* * *

Clasificación, pronóstico y tratamiento de las anginas de pecho.—Ch. Fiessinger cree que el pronóstico de esta clase de afecciones no es tan sombrío como se pretende: un

anginoso grave que se cuida, tiene muchas probabilidades de vivir.

Las anginas de causa orgánica no tienen un origen único; así es fácil dividir las en anginas por coronaritis, anginas de los aórticos y de los miocárdicos; las que provienen de la nefritis intestinal, las de los aerófagos y las de los obesos.

El tratamiento, aunque varía en cada una de ellas, tiene un fondo común.

Descansa principalmente en el empleo de los nitritos y de la morfina, durante la crisis, el reposo prolongado en el lecho y el sistema de las pequeñas comidas, repetidas cada dos horas.

La coronaritis, en general de origen sífilítico, reclama el tratamiento específico, y lo mismo ocurre para las anginas aórticas que arrancan de iguales precedentes.

En las anginas de los miocárdicos se empleará la digitalina á débiles dosis, añadiendo á ésta la teobromina.

En la angina que depende de la nefritis intersticial, los enfermos tienen de su parte un medio de curación espontánea, que consiste en la dilatación de su aurícula á continuación de un esfuerzo, sometándose además al régimen lacto-vegetariano.

Para los obesos y los aerófagos la curación es la regla, y es maravilloso ver desaparecer los accidentes anginosos de los obesos haciéndoles enflaquecer.

Para los aerófagos, se asocian al tratamiento general, polvos absorbentes y sellos de bicarbonato sódicos.—(*Bulletin de la Académie de Médecine.*)—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Estadística del Ejército inglés en 1910.—La morbilidad y mortalidad en las tropas inglesas ha sido:

	Mortalidad por 1.000	Morbosidad por 1.000
En las Islas Británicas.	346	2,42
En la India.	576,5	4,77
En las restantes Colonias.	457,3	4,21

Además, en las Islas Británicas se asistieron, fuera de los hospitales militares (en enfermerías, etc.), 448 por 1.000 del contingente, lo que da una enfermería total de 790 por 1.000. Dentro de la Metrópoli, las enfermedades más importantes han dado el siguiente contingente de enfermos: gripe, 19,9 por 1.000; difteria, 0,5 por 1.000; fiebre tifoidea, 0,4 por 1.000; paludismo, 4,8 por 1.000; tuberculosis pulmonar, 1,6 por 1.000; otras tuberculosis, 0,4 por 1.000; sífilis, 21 por 1.000; blenorragia, 33,9 por 1.000; chancro blando, 9,9 por 1.000; alcoholismo, 0,6 por 1.000; enfermedades mentales, 0,7 por 1.000.

A Londres pertenecen las cifras más altas de morbilidad general y de enfermedades venéreas, que llegaron a ser un 157 por 1.000 de la tropa.

En las Colonias predominaron las siguientes enfermedades: las venéreas, en China, 237,7 por 1.000, y en Chipre, 155 por 1.000; el paludismo, en el Africa Occidental, 1.032,6 por 1.000; la disenteria, en Ceylán ó isla Mauricio, 12 por 1.000; la tuberculosis pulmonar, en Bermuda, 8,6 por 1.000; Norte de China, 3,8 por 1.000; Ceylán, 3 por 1.000, y Gibraltar, 2,5 por 1.000. Las enteritis, en la isla Mauricio y Bermuda.

Los suicidios fueron más frecuentes en la isla Mauricio, Egipto y Sur de Africa, 0,85, 0,59 y 0,55 por 1.000, respectivamente.

Por último, se desecharon por inútiles en la Metrópoli 11,07 por 1.000, en la India 6,51 por 1.000, y en el resto de las Colonias, 7,58 por 1.000.—*F. G. D.*

* * *

Distribución gratuita de vacuna antitífica á las familias de militares.—La circular de 21 de Octubre del corriente año, relativa á este extremo, expresa que la vacuna antitífica podrá ser puesta á título gratuito á disposición de los Médicos militares (ó de los Médicos civiles que desempeñen sus funciones) para la vacunación de las familias de los Oficiales, Suboficiales y soldados casados (Guardia civil inclusive) que lo deseen.

Los pedidos de vacuna antitifoídica serán dirigidos por los Médicos que operen con ella, á los Directores regionales del servicio de Sanidad, que los transmitirán á los Gobernadores militares por conducto de los Comandantes generales de Cuerpo de Ejército al Director de la Escuela de aplicación del servicio de Sanidad Militar.

Este Jefe hará que se despachen los pedidos por el Laboratorio antitífico, y suministrará las cantidades de vacuna solicitadas, por conducto del Jefe del Cuerpo ó Establecimiento de quien dependan.—(*Le Caducée*, 21 Diciembre 1912.)—*J. P.*

* * *

El hidrocele en el Ejército alemán, por el Dr. Graf.—En los últi-

mos diez años se han presentado 1.034 casos de hidrocele, que se descomponen en la siguiente forma:

Hidrocele del testículo, 790 = 75,6 por 100, siendo sencillo en 758 casos y doble en 32.

Hidrocele del cordón, 231 = 23,1 por 100, siempre sencillo.

Hidrocele del testículo y del cordón, 13 = 1,3 por 100.

Respecto al lado, era derecho en 641 casos, izquierdo en 361 y doble en 32.

Se achacó el traumatismo como causa etiológica en 564 casos = 54,5 por 100; pero sólo se pudo establecer la relación de causalidad con toda certeza en 437 casos, ó sea el 42 por 100; cifra análoga á la asignada por Kocher, que señala el 46 por 100 de los hidroceles como traumáticos, é inferior á la que Volkmanque, llega á indicar como dependiente del traumatismo el 70 por 100.

El traumatismo era directo en 235 casos é indirecto en 202.

Blenorrágicos eran 41, sífilíticos 8 y de origen desconocido 423.

Se negaron á ser operados 267 enfermos, que fueron declarados inútiles, y sin operación se dieron por curados 202, la mayor parte por hidroceles muy ligeros.

Se hizo la punción seguida de diversas inyecciones modificadoras en 177 casos. de los que 115 fueron útiles, 34 inútiles, y en 34 se recurrió posteriormente á la operación radical.

La operación radical se practicó 416 veces; de éstas, en 242 por el método de Bergmann, siendo útiles para el servicio 410 é inútiles 6, 3 de ellos por recidivas. La duración del tratamiento fué de veinte días, siendo menor en los casos en que se utilizó el procedimiento de Bergmann. (*Deuts. Milit. arzt. Zeit.* 1912, H. 20.) — F. G. D.

BIBLIOGRAFÍA

Conferencias médicas, dadas á los alumnos de la Academia de Ingenieros, por el Médico mayor de la misma, D. Juan García Fernández.

Respondiendo al deseo del Sr. Coronel Director de aquel establecimiento de enseñanza, nuestro compañero García Fernández ha dado á la imprenta un interesante libro en 4.º, de más de 250 páginas, al que titula modestamente *Apuntes*, y en el cual se contienen abundantes y extensas enseñanzas, muy convenientes á los jóvenes alumnos que, con probada suficiencia en los arduos estudios de la ingeniería militar, han de tener necesidad en todo tiempo, y con mayor motivo después de terminada su carrera, de inte-

resarse directamente en las cuestiones sanitarias, que constituyen una importante conexión entre el ingeniero y el higienista.

De aquí, que si á todos los militares han de ser útiles los elementales conocimientos de Organografía y primeros socorros, que constituyen las dos primeras partes de esta obra, la última de ellas, dedicada á la Higiene militar, tiene todavía mayor aplicación á los habituales oyentes del Sr. García Fernández. Comprendiéndolo así el autor, dedica dos extensos y lucidos capítulos á los alojamientos militares.

También se hallan muy bien tratados los asuntos referentes á la alimentación, vestido, potencial biológico, etc., etc, pudiendo decirse, en definitiva, que el libro de que tratamos resume cuantos conocimientos primordiales son necesarios á la iniciación bien cimentada de las cuestiones que afectan al individuo y á la colectividad armada, con relación á su estado hígido, desarrollando, dentro de límites prudenciales, lo que mayor aplicación pueda tener en la práctica para dicho objeto.

La labor del Sr. García Fernández pone de manifiesto la entusiasta afición y meditado estudio que nuestro distinguido compañero consagra á las cuestiones sanitario-militares.

J. P.

SECCIÓN OFICIAL

11 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 4) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Quintín Aracama Alava, y á los Médicos primeros D. León Romero Corral, D. Fortunato García Gómez y D. Francisco de la Peña Azaola.

» » Real orden (*D. O.* núm. 9) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Enrique Solano Alemany; á los Médicos primeros D. Manuel Iñigo Nougues, D. Rafael Chicoy Arreceigor y D. Manuel Bernal Noailles, y al Médico segundo D. Vidal Irizar Egui.

30 » Real orden (*D. O.* núm. 1) declarando reglamentario en

los Hospitales militares el aparato denominado «Taquistoscopio» para el diagnóstico rápido de las anomalías de refracción, de que es autor el Médico civil don Angel Varela Santos, y disponiendo que se incluya dicho aparato en el primer grupo, sección primera, letra J, del vigente nomenclátor de material sanitario para los hospitales.

31 Diciembre.—Real orden (D. O. núm. 1) 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. Francisco Coll y Zanuy, del Estado Mayor Central, á excedente en la primera Región; D. Manuel Baraja Fernández, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región; D. José Clairac Blasco, del Estado Mayor Central, á excedente en la primera Región; D. Pedro Pérez Casabal, de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, á excedente en la primera Región; D. Ramón Sáez y García, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región.

Médicos mayores: D. José Gamero Gómez, del Estado Mayor Central, á excedente en la primera Región; D. José Las Marias Rubira, á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. Jaime Sánchez Lapresa, Vocal de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, á excedente en la primera Región; D. Fernando Morell y Terry, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región; D. Miguel Manero Yanguas, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región; don Sixto Martín Miguel, de la Asistencia al personal de este Ministerio, á excedente en la primera Región, continuando de Profesor en la Academia Médico-Militar; D. Manuel Pérez y Martorell, á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. José Cabellos y Funes, Inspector de Sanidad Militar de Melilla, á excedente en Melilla.

Médicos primeros: D. José García Torices, del Estado Mayor Central, a excedente en la primera Región; D. Manuel Bastos Ansart, de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, á excedente en la primera Región; D. Pedro Lombana Rañada, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región.

31 Diciembre.—Real orden (D. O. núm. 1) disponiendo que los Jefes y Oficiales Farmacéuticos del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Subinspectores Farmacéuticos de segunda clase: Don Ricardo García Segond, de la Sección farmacéutico-administrativa de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región, continuando en comisión en dicha Sección, con arreglo al expresado Real decreto; D. Cecilio Bonal Lorenz, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á situación de excedente en la primera Región; D. José Maffey Puigdoller, de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, á situación de excedente en la primera Región.

Farmacéuticos mayores: D. Cesáreo de los Mozos Salvador, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á situación de excedente en la primera Región; D. Joaquín Ezquerro del Bayo y García de Valladolid, del Estado Mayor Central, á situación de excedente en la primera Región; D. Miguel Fernández del Villar y Huete, de la Sección farmacéutico-administrativa de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región, continuando en comisión en dicha Sección, con arreglo al expresado Real decreto.

Farmacéuticos primeros: D. Gabriel Romero Landa, de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, á situación de excedente en la primera Región; D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, á excedente en la primera Región y en comisión á la Sección farmacéutico-administrativa de dicha Junta, con arreglo al expresado Real decreto.

- 31 Diciembre.—Real orden (*D. O.* núm. 2) autorizando al Inspector Médico de segunda clase D. Jaime Sánchez de Lapresa para fijar su residencia en esta Corte, en situación de cuartel.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 3) autorizando al Inspector Médico de segunda clase D. José Cabellos Funes para fijar su residencia en esta Corte, en situación de cuartel.
- 2 Enero.....—Real orden (*D. O.* núm. 3) autorizando al Médico primero D. Amadeo Arias Rodríguez para usar sobre el uniforme la medalla de plata de la Cruz Roja española.
- 8 » » Real orden (*D. O.* núm. 6) concediendo el empleo inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, al Subinspector Médico de segunda clase D. José Moriones López; al Médico mayor D. José Gamero Gómez, y á los Médicos primeros D. Fermín Castaño Alba y D. Angel Morales Fernández.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 6) concediendo el empleo inmediato, en propuesta reglamentaria de ascensos, á los Farmacéuticos mayores D. Vicente Munita Alvarez, D. Luis Izquierdo Rodríguez Espiera y D. Fernando de la Calle Sánchez.
- 10 » » Real orden (*D. O.* núm. 8) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Gabriel Romero Landa, excedente en esta Región, pase destinado en comisión á la Sección farmacéutica administrativa de la Junta facultativa del Cuerpo.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 8) disponiendo que el Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. José Maffey Puigdoller, excedente en la primera Región, continúe formando parte del Tribunal de oposiciones á plazas de Farmacéuticos segundos del Cuerpo.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 9) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Julio Camino Galicia.