

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año III

Madrid 1.º de Marzo de 1909

Número 5

SUMARIO

Principios generales de organización. Servicio médico en la línea de fuego, por F. González Deleite.—Demencia parálitico-progresiva, por A. F. Victorio.—Tratamiento de los bubones supurados por el efluvio electrostático (conclusión), por Bartolomé Navarro.—*Prensa médica*: El servicio Médico-militar en Servia.—*Bibliografía*: Ingeniería sanitaria, por D. Eduardo Gallego.—Conmemoración del primer Centenario de la guerra de la Independencia y del tercer aniversario de la muerte de su historiador, el General Gómez de Arteche: discurso del Excmo. Sr. D. Julián Suárez Inclán.—Estudio bio-biográfico del Coronel de Sanidad Dr. D. Nicasio Landa, por D. José García del Moral.—Noticias históricas acerca de la última enfermedad del Rey de España Luis I, por D. Joaquín Olmedilla y Puig.—*Varietades*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Marzo de 1909.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

PRINCIPIOS GENERALES DE ORGANIZACIÓN

SERVICIO MÉDICO EN LA LÍNEA DE FUEGO

Se lleva á cabo principalmente por el personal y material de Sanidad Militar adscrito á los Cuerpos y unidades, y de un modo accesorio por las avanzadas del personal y material de las compañías sanitarias, que llega en su jurisdicción á la misma línea de fuego.

Después de las últimas campañas, hechas con armamento antiguo (franco-prusiana principalmente), y al advenimiento de los fusiles modernos de gran alcance, que obligó á modificar la táctica de las tropas combatientes, se creyó que también la de Sanidad habría de cambiarse en el sentido de que el Médico militar no habría de llegar á la línea de fuego, to-

mando por pretexto el mayor peligro de ésta, la necesidad de proteger la vida de quienes por la exigüidad de su número podían ser irremplazables, la dificultad de realizar una buena cura en esas condiciones y los caracteres especiales de las heridas producidas por los nuevos proyectiles, que permitían esperar más tiempo. Se habló incluso de la conveniencia de no recoger los heridos durante el combate; los lectores de esta REVISTA recordarán algún artículo publicado en ella sobre este asunto.

Consecuentes con esta idea y pensando siempre en la instalación del puesto de socorro fuera de la zona peligrosa, se aumentó la impedimenta sanitaria de las unidades, dotándose de carruajes á regimientos y batallones y acumulando material en ellos; los Reglamentos de campaña recomendaban la reunión de unidades para establecer un solo puesto, como hoy día lo hace aún el Reglamento sanitario de campaña alemán, y se repudiaba el fraccionamiento más allá del puesto regimentario. Apenas si se mencionaba la necesidad de destacar Médicos á las líneas avanzadas.

Basta leer el capítulo que á la cura en el campo de batalla dedicaba el distinguido Médico militar M. Forgue en su *Tra-tado de terapéutica quirúrgica* (1). Parafraseando el dicho de Perey de que «el primer socorro y el primer consuelo que debe recibir un herido es ser recogido», le transforma estableciendo como axioma: «El herido debe ser recogido y transportado lo antes posible. El transporte es antes que la cura». Sigue preconizando la gran importancia de que la cura se realice en las mejores condiciones de comodidad y antisepsia, renunciando, dice, á seguir las evoluciones del regimiento cuando el puesto de socorro se ha instalado en buenas condiciones. Ideas muy parecidas expone más tarde un Médico militar austriaco, autor de numerosos trabajos de táctica y servicios sanitarios en

(1) FORGUE y RECLUS.—*Terap. Quirúrgica*, tomo I, pág. 62, edición española.

campana, el Dr. K. Cron (1). Para ambos autores el único fraccionamiento posible del puesto de socorro es el dejar escalones á retaguardia con personal y material, si fuera preciso por las condiciones del combate avanzar el puesto de curación para no perder en absoluto el contacto con la unidad, y Cron especifica hasta el extremo de proponer que al final del combate sólo queden 4 Médicos en el puesto regimentario de los 7 que lo componen en Austria; los otros 3 habrían quedado en posiciones á retaguardia.

Este mismo autor dedica en la Monografía citada varias páginas para explicar el modo de poner dicho puesto bien á cubierto del fuego enemigo, y aunque en el comienzo del capítulo dedicado á los puestos de Cuerpo dice deben ser los más *posibles* en número y lo más próximos *posibles* al sitio de las bajas, restringe al desarrollar estas máximas el grado de posibilidad de tal modo, que sólo los inconvenientes menciona.

En cambio, ni uno ni otro autor hablan nada de Médicos militares en la línea de tiradores.

No era esto defecto exclusivo de la Sanidad Militar; se trataba de una época en la que los tratadistas habían olvidado para este y para todos los asuntos militares el factor hombre, y cuando se le nombraba era sólo mirando á su masa, nunca al espíritu.

Tan sólo en el Ejército inglés y en el nuestro se conservaba como dogma la necesidad de que el Médico militar asistiera las tropas bajo el fuego enemigo, que curara someramente antes de transportar, y esta idea traía como corolario el embarazar con poca impedimenta los puestos de socorro y transportar á lomo todo el material.

Pero ni el Ejército inglés ni el nuestro eran modelos, y el carácter de las guerras que mantenían, guerras irregulares de pequeñas masas, así lo requería.

(1) K. CRON.—*Drei Monographien aus dem Gebiete des Feld. Sanitätsdienstes.*—Wien, 1902. Pág. 8.

La guerra anglo-boer (1) fué poco estudiada por los militares y no se sacaron enseñanzas precisas de ella, como se han sacado de la guerra ruso-japonesa. De haberse estudiado mejor, quizá los franceses hubieran acelerado la transformación del nuevo Reglamento sanitario de campaña. En la preciosa Monografía del Dr. L. Herz (2), Médico militar del Ejército austro-húngaro, se citan innumerables casos de Médicos militares que fueron muertos ó heridos por curar en la línea de fuego: 9 Médicos muertos y 17 heridos lo comprueban, ó sea $\frac{1}{15}$ del total de pérdidas del personal del Cuerpo de Sanidad Militar inglés.

En esta campaña los Médicos de los Cuerpos no llevaron impedimenta de coches y sólo las bolsas, mochilas y botiquines de batallón, y en los puestos avanzados de socorro que instala la compañía sanitaria de brigada (Collecting Station), se evidenció lo peligroso del empleo de carruajes como medio de transporte de heridos desde estas estaciones á las equivalentes á nuestra ambulancia (Dressing Station). Muchos heridos, dice el Dr. Herz, lo fueron nuevamente en las manos al intentar subir á dichos carruajes. En muchas circunstancias los heridos eran conducidos en camillas del puesto avanzado al de retaguardia.

De poca enseñanza sirvió esto; contemporánea de esta publicación es la anteriormente citada del Dr. Cron, también Médico militar austriaco, y sin embargo, no recogía estas enseñanzas; lejos de esto, teniendo que buscar sitios de fácil paso para los carruajes de Sanidad y facilidad de comunicaciones, descuidaba el seguir muy de cerca la fuerza combatiente.

La guerra ruso-japonesa confirmó lo que la campaña anglo-boer había demostrado.

(1) No cito nuestras campañas coloniales porque en ellas el fraccionamiento de las columnas impidió que nuestros compañeros realizaran los actos heroicos que llevaron á cabo operando con grandes masas y formaciones sanitarias de conjunto.

(2) DR. L. HERZ. — *Der Sanitätsdienst bei der englischen Armee im Kriege gegen die Buren.* — Wien, 1902.

En el libro publicado como fruto de sus observaciones en el Ejército japonés, el Dr. Matignon llama la atención repetidas veces sobre el modo de practicar el servicio de primera línea en vanguardia los Médicos japoneses. He aquí algunas consideraciones referentes á este asunto:

El puesto sanitario debe llevarse hacia los heridos (1). Si se instala demasiado pronto en la reserva, el puesto sanitario queda pronto muy alejado de la línea de fuego. Mas antes de que se instale funciona ya el servicio de Sanidad: los Médicos, practicantes y camilleros *avanzan todo lo posible*, examinan los heridos, los curan ligeramente, los agrupan y los encaminan detrás de los repliegues del terreno y forman los llamados *nidos de heridos*. Además deciden si éstos han de ser transportados al puesto sanitario ó la ambulancia, si han de ser transportados ó si pueden caminar solos. Algunas veces, entre la línea de fuego y el puesto sanitario los Médicos establecían un puesto provisional de curación al abrigo de un repliegue de terreno.

Resultado de esto fueron numerosas las pérdidas del servicio de Sanidad que consigna el mismo autor: muertos en el campo de batalla, 27 Médicos; heridos, 71.

Los Médicos nipones, sigue diciendo el autor, condenaban teóricamente este modo de obrar, pero lo conceptuaban necesario, y aun reconociendo que los riesgos que se corren son mayores que los beneficios prácticos obtenidos, no podían menos de reconocer su gran valor desde el punto de vista de la moral de las tropas, y esto es tan necesario en campaña como el armamento. Hay que reconocer que el espectáculo de camaradas heridos á quienes se tarda en auxiliar es poco á propósito para sostener el buen espíritu de los demás combatientes.

De donde resulta que en las campañas modernas no se ha

(1) MATIGNON.—Loc. cit., pág. 173 y siguientes.

transportado primero y curado después, sino que han sido simultáneas ambas cosas, y que la norma ha sido hacerlo todo rápidamente, sacrificando consideraciones teóricas de no exposición é inútiles riesgos ante lo que debe ser norma principal del Médico en el campo de batalla: auxiliar y reconfortar moralmente al herido.

También en esta última campaña se ha prescindido de no pocas nociones precisas, de necesidad absoluta, de hacer una cura rigurosamente aséptica. En la primera línea de fuego, en los puestos sanitarios y en las mismas ambulancias se ha hecho lo que se ha podido; incluso del agua se ha prescindido en absoluto en los puestos sanitarios, y muchas veces á retaguardia de ellos, sin que por tal cosa se obtuvieran resultados desconsoladores. Juntamente con esto se ha observado que la cirugía de las formaciones de primera línea, hospital de campaña inclusive, ha sido muy precaria.

De modo que se puede sintetizar todo lo que las modernas campañas nos han enseñado, en cuanto al servicio médico de vanguardia, en las siguientes conclusiones:

- 1.^a El servicio de sanidad de los Cuerpos debe funcionar sin esperar á la instalación del puesto de socorro.
- 2.^a Médicos, practicantes y enfermeros se ven precisados á realizar su cometido bajo el fuego enemigo en la misma línea de combatientes.
- 3.^a Las necesidades obligan á sacrificar en estos puestos las delicadezas y minuciosidades de la cura aséptica.
- 4.^a Igualmente restringen de un modo mayor aún del calculado las intervenciones médicas, no sólo aquí, sino en todas las formaciones de vanguardia.

Con esta orientación se está modificando en la actualidad el Reglamento de campaña de Sanidad Militar en el Ejército francés, y aunque no esté publicado se conoce por los periódicos militares lo esencial del cambio.

Ya el Profesor Nemico, de Val-de-Grâce, en la Sección de

Medicina militar del Congreso de Lisboa (1), indicaba la conveniencia de crear dos puestos móviles, uno de socorro y otro de vigilancia, el primero para acompañar el batallón y curar en la línea de fuego los heridos que caen y no pueden ser levantados por la intensidad de aquél, recordando con gran acierto la extrema conveniencia de que el soldado tenga conciencia de que el primer socorro ha de serle prestado inmediatamente.

En la *France Militaire*, al dar cuenta de las maniobras francesas realizadas este año y de las conferencias que á propósito de los servicios han dado los Médicos militares, señala la unanimidad de pareceres en que dos de los Médicos del regimiento queden en la línea de fuego, y los otros cuatro en el puesto de curación; que éste no se instale hasta el final del combate, excepto en casos de terreno muy accidentado ó Cuerpo que ocupe poco frente, y de renunciar al puesto de curación en los Cuerpos de primera línea que ocupan ancho frente, conformándose en estos casos con establecer uno ó dos nidos de heridos, dejando en el fuego el mayor número posible de Médicos, que permanecerán ocultos en los repliegues del terreno ó en las fortificaciones de campaña, prestando allí su servicio y vigilando el del personal auxiliar.

También en el nuevo Reglamento de campaña de los alemanes se envía un Médico á la línea de fuego como minimum (art. 77), disponiendo que el número de Médicos que acompañen á las tropas combatientes se regule según las necesidades del servicio médico del puesto de curación.

Los medios con que cuenta el Médico son naturalmente muy precarios: la bolsa, los paquetes de curación individual, las carteras de compañía y si acaso las mochilas de batallón. En muchas ocasiones con las curas individuales es suficiente para mantener ocluida una herida, evitando su infección por los agentes exteriores, única indicación necesaria. Igualmente

(1) REVISTA DE SANIDAD MILITAR, 1906, pág. 258.

podrá aplicar torniquetes, tortores, vendas Esmarch, según el material con que cuente, para cohibir hemorragias que pudieran comprometer grandemente la vida del enfermo. Podrán algunas veces reducir una fractura, no todas ni mucho menos, y colocar los heridos en buenas condiciones para ser transportados. A esto se reduce su intervención médica en estos puntos.

Además vigilará la forma en que el personal subalterno realiza su cometido, cuidará del levantamiento de heridos por los camilleros, decidirá quiénes pueden ir por su pie y cuáles son aquellos otros que necesitan transporte, y retendrá en el fuego los heridos leves que quisieran aprovechar un ligero rasguño para abandonar el sitio de peligro.

Con el Médico ó Médicos prestan servicio en la línea de fuego algunos practicantes de compañía y los camilleros de regimiento. Estos, que desde que el combate se prevé ó inicia se reúnen en grupo á las órdenes del Médico, avanzan desfilándose en lo posible del fuego enemigo, con objeto de no señalar su presencia. En la última campaña ruso-japonesa, tanto en unos como en otros combatientes, los camilleros avanzaron exponiéndose al fuego, en tal forma, que sufrieron grandes bajas. Sólo en la batalla de Moukden tuvo el segundo Ejército japonés 10 camilleros regimentarios muertos y 75 heridos, de un total de 840 aproximadamente, cifras análogas á las más altas que por otros conceptos se registraron en dicha batalla, y 12 practicantes muertos y 54 heridos para un total de 240 hombres.

Esta gran mortalidad, superior aun á la de los camilleros, la explica Matignon por serles más difícil el ocultarse, principalmente en el momento de prestar los auxilios á sus camaradas.

Como en todos los Ejércitos el personal de sanitarios y practicantes está bajo la inmediata dirección del Médico militar y éste debe indicar los momentos más precisos para el avance y funcionamiento de los camilleros, se impone la necesidad por parte de aquél de conocer someramente la táctica

de las tropas con que combate para ordenar el avance en las ocasiones más oportunas. También es necesario, dado el gran riesgo que han de correr, utilizar en este sitio sólo los soldados camilleros más disciplinados y habituados á la obediencia, y reservar los camilleros auxiliares (músicos particularmente) para servicios de retaguardia, transporte de heridos desde el puesto de curación á la ambulancia, etc., por ser este personal de menos confianza. Igualmente conviene subsista el que camilleros y practicantes regimentarios sean soldados del Cuerpo debidamente instruidos, y aun es conveniente utilizar los servicios de unos y otros preferentemente en los batallones y compañías de donde proceden, pues así son más fuertes los lazos de amistad y compañerismo entre los que combaten y los que les auxilian, y ningún factor, por nimio que parezca, puede despreciarse.

El número de Médicos y enfermeros que prestan servicio en la línea de fuego es eventual y depende de las condiciones del terreno, fase del combate, frente del regimiento, etc. Nuestro Reglamento ordena que el Médico más moderno marche á ella y el más antiguo quede en el puesto de curación; pero está hecho sobre el supuesto de 2 batallones por regimiento, no 3 como actualmente tienen, y de todos modos 2 Médicos son insuficientes para dicho puesto. El Estado Mayor Central, en su Monografía sobre organización de una división de Infantería en pie de guerra, propone 2 Médicos por batallón, 6 por regimiento. Contando con esta cifra pueden distribuirse marchando 2 á la línea de fuego.

Los practicantes de compañía están embebidos en la línea de tiradores, quedando en el puesto de curación los 3 cabos practicantes de batallón y los menos posibles de los primeros. Casi todos los Ejércitos tienen adoptado el mismo tipo de 1 practicante por compañía, 4 por batallón (Alemania, Austria, Francia, etc.) Practicantes clases hay 2 por batallón en Austria, 4 por regimiento de 3 batallones en el Japón, 1 por

batallón en Inglaterra, donde no existen soldados practicantes de compañías, y lo mismo en Italia.

El número de camilleros generalmente es de 16 por batallón de 4 compañías; en algunos Ejércitos hay una camilla por cada 2 soldados, 4 camillas por batallón; en otros hay una camilla por compañía y asignados á ésta 4 hombres, 2 para llevarla, 1 con una bolsa de curación y otro de reserva. La dirección de éstos corre á cargo del personal médico de la línea de fuego, pero en algunos Ejércitos existen clases ó suboficiales encargados exclusivamente de su mando. Este personal presta su servicio casi exclusivamente en todos los Ejércitos entre la línea de fuego y el puesto de curación.

El material que aquí puede utilizarse es el paquete de cura individual, la bolsa de compañía ó su equivalente y el estuche individual del Médico. Las bolsas de compañía son conducidas por los soldados practicantes, y en otros puntos por los camilleros. Su contenido es muy exiguo; no doy el que en nuestro Ejército tienen por ser conocido de todos y no estar definitivamente establecido.

Citaré como modelos de Ejércitos extranjeros el que marca el nuevo Reglamento alemán y el utilizado por los japoneses. El de Francia está en vías de modificación.

EJÉRCITO ALEMÁN

Material de una bolsa de sanidad.

3 vendas Cambric de 5 m. y 7 cm. de ancho en un paquete.

4 metros de gasa de 1 m. de ancho en un rollo.

5 agujas de costura.

10 imperdibles.

5 paquetes de alfileres.

3 paquetes de cura (eventualmente 10).

Pañuelos triangulares grandes (ídem 2).

Idem id. pequeños (ídem 1).

- 2'5 gramos de hilo blanco.
- 1 venda elástica.
- 1 caja metálica de níquel para jabón y una pastilla de 60 gramos.
- 4 paquetes de corcho.
- 2 cajas para tabletas.
- 3 frascos de cristal de 20 cc. de contenido.
- 1 idem id. id. con tapón esmerilado.
- 20 gramos de ácido fénico.
- 1 paquete de comprimidos de ácido tánico de 0'06 gramo cada uno.
- 1 idem id. de ácido tártrico de 0'75 id.
- 2 $\frac{1}{2}$ hojas sinapizadas.
- 800 cm.² de emplasto adhesivo.
- 15 gramos de amoníaco.
- 10 paquetes de tabletas de bicarbonato sódico de 1 gramo.
- 20 gramos de éter.
- 20 idem de tintura de opio.

EJÉRCITO JAPONÉS (SEGÚN MATIGNON)

Bolsa de practicante de compañía y de grupo de camilleros.

- 2 paquetes de 3 vendas de gasa.
- 5 idem de gasa sublimada de $5 \times 3 \times 2$ centímetros.
- 1 venda Esmarch.
- 1 par de tijeras.
- 1 paquete con 5 vendajes triangulares.
- 1 frasco con alcohol de menta.
- 1 taza de madera.
- Papel, lápiz y sobres (1).

F. GONZÁLEZ DELEITO,

Médico primero.

(1) Errata. En la página 113, línea 3.^a, dice: «cubre 1.200 metros, término medio (1)»; debe decir: «cubre 750 metros, término medio, & 1.200 como máximo (1), y aun».

DEMENCIA PARALÍTICO-PROGRESIVA

(CURSO DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA A CARGO DEL MÉDICO MAYOR D. A. F. VICTORIO)

Nos hallamos hoy, señores, en presencia de una de esas formas psico-nosológicas tan frecuentemente observadas en los manicomios: parálisis general progresiva. Mas explorad con atención al enfermo y os convenceréis bien pronto de que no se trata realmente de un loco en el amplio sentido de la palabra, ó por lo menos en el concepto, por decirlo así, vulgar de tal denominación. Locura quiere decir proceso morboso de orden mental, en el que la agudeza ó la actividad juegan un papel preponderante, y aquí, en el caso que tenemos á la vista, la indagación más minuciosa sólo nos permitirá descubrir trastornos significativos de una evidente decadencia del funcionalismo psíquico, que comprende á la vez de modo global las principales modalidades por las que el mismo se manifiesta, que no se exterioriza por alteraciones de grande altura clínica en sentido de agudización, pero que transforma por completo, en cambio, la dinámica cerebral, menoscabando muy ostensiblemente, no sólo su propio vigor ó intensidad, sino el hígido encadenamiento de los procesos fisiológicos que la constituyen.

En este enfermo, demente más bien que loco, podremos ver, en efecto, justificada, aquilatando en su justo valor el historial anamnésico y los datos recogidos en la actualidad por medio del examen clínico, la antigua división de la parálisis general en locura y demencia paralíticas. Pero, antes de entrar en terreno diagnóstico, y para establecer con algún fundamento las bases del mismo, analicemos de modo breve lo que desde el punto de vista morboso pudiéramos llamar biografía hereditaria y personal del individuo que es ahora objeto de nuestro estudio.

Por desgracia, en esto, como en la mayor parte de las ocasiones, nos faltan datos auténticos acerca del enfermo. Sus antecedentes se contraen á época muy próxima á la en que ingresó en la Clínica de observación, reduciéndose á trastornos de la ideación y de los actos acertadamente interpretados, con vista de las particularidades de su misma fenomenología, como expresivos de parálisis general incipiente, por el Médico militar que incoó la respectiva propuesta de comprobación. Por autoreferencia, y hace unos cinco meses, en época en que aún no eran tan acentuados como hoy los trastornos de la memoria, sabemos que este sujeto no tiene padres y si dos hermanos, ignorando las enfermedades que pudieron padecer aquéllos y hallándose, al parecer, los últimos exentos de dolencia alguna. En cuanto á él, ha sufrido en alguna ocasión, hace ya varios años, molestias en la garganta y en los ojos, y dolores en los huesos, que desaparecieron merced á un tratamiento adecuado. No da, por lo demás, antecedente bien concreto de afección de las vías genitales.

Paso por alto, si me lo habéis de permitir, el resultado que arroja el curso de la enfermedad desde que el paciente entró en el frenocomio hasta los momentos actuales. De no hacerlo así predispondría vuestro ánimo en favor del juicio diagnóstico, que habremos de formular obteniendo sus principales elementos del examen actual, ya que en este caso la exploración será suficiente por sí sola para formar concepto exacto de la modalidad clínica que tenemos á la vista. Hemos empezado afirmando que se trata de un demente paralítico, y mejor es comprobar en este acto, *de visu*, cuantos síntomas puedan dar valor á tal aserción, que fundamentarla en detalles semiológicos ú obtenidos por vosotros mismos.

Advertir bien la expresión mímica y el continente del enfermo. ¡Cuánta satisfacción denota su semblante! Hay en este ser una sola reacción emotiva á las impresiones exteriores, la risa, pero la risa estúpida é inmotivada. Ríe si permanecéis

mudos ante él; ríe si se le dirige cualquier pregunta; ríe, aunque buscando sus reacciones afectivo-negativas, aquellas que significan depresión del humor, le manifestemos conocer acontecimientos tristes y desagradables que se le refieran; exterioriza, en fin, en sus ademanes, como en sus escasas palabras, un contentamiento, una enforia completamente inadaptada á la reacción y al acto que en su presencia realizamos. Reparar cuán escaso de atención se halla, y cómo las percepciones son confusas y limitadas, habiendo de repetirsele las más sencillas frases interrogativas para obtener respuestas en su mayor parte lacónicas é invariablemente pueriles en su contenido. Dirijámonos ahora á la memoria: los datos, las fechas, los lugares, todo aparece equivocado. No sabe á punto fijo el día que entró en el establecimiento, no precisa bien el mes actual, apenas relaciona hechos de alguna fecha, ignora los principales acontecimientos de su vida.

Si continuando el examen de este individuo pretendemos obtener de él algún juicio respecto á los asuntos más triviales; si teniendo en cuenta su relativa instrucción intelectual le invitamos á hacer, por ejemplo, ciertas operaciones aritméticas, aun las más rudimentarias; si, por último, le interrogamos acerca de sus propósitos, de sus deseos, de la propia apreciación del estado en que se encuentra, reprochándole además, v. gr., el ser poco limpio y cuidadoso de sí mismo, como lo demuestra el escaso aseo y el desorden de sus ropas, etcétera, etc., la asociación desordenada y lenta, y ausente puede decirse el razonamiento, ó desnudo por lo menos de aquellas dos cualidades que integran su fisiológico contenido, la lógica y la crítica, y por otra parte la extrema sugestibilidad, la pereza reaccional y la indiferencia y la apatía en el orden de los sentimientos, nos demostrarán bien claramente que ha desaparecido todo rasgo de vigor, de actividad y de fisiológica conexión entre las distintas funciones que forman el contenido mental, que asistimos, en una palabra, á un completo

desquiciamiento psíquico del desgraciado que ocupa nuestra atención.

Es, por consiguiente, el síndrome demencial harto fácil de diagnosticar en este caso. Ahora bien; la demencia es, con muy raras excepciones (demencia precoz), una fase última, un estado secundario, semejante y comparable dentro de la esfera de la mentalidad á la tisis del fímico, á la disistolia del cardíaco, á la caquexia del canceroso, á la emaciación del crónico. Debemos, pues, indagar su fuente nosológica; precisa la investigación de su verdadero origen; hay, en fin, que poner siempre en estas ocasiones el apellido á continuación del nombre para individualizar de manera debida la enfermedad á que el síndrome pertenezca. Tratándose de presuntos paráliticos generales, dirijámonos para el objeto al somatismo, á la funcionalidad nerviosa, perturbada de modo objetivamente demostrable. Ver la ligera paresia del facial en sus dos ramas, demostrada por la desaparición del surco naso-labial, la elevación de la comisura de este nombre, la risa asimétrica y el lagofthalmos del lado izquierdo; observemos la rigidez en miosis de ambas pupilas, singularmente de la de dicho lado, y lo perezosa, por no decir nula, que es también la acomodación; concedamos ya todo su justo valor á los trastornos del lenguaje fonético, que tanto vienen llamando nuestra atención desde las primeras palabras pronunciadas por el paciente, perturbaciones constituidas por temblor fibrilar y arrastre de la lengua, trasposición y omisión de sílabas, y que tienen igual carácter atáxico, y además disgramatical en el lenguaje escrito; notemos, en fin, la astenia general, el temblor menudo y rápido de los dedos de las manos y los desórdenes de reflectividad tendinosa, y habrá de obtenerse la lógica é inequívoca convicción de que solamente en la meningoencefalitis difusa, substratum anatómo-patológico de la parálisis general, se aunan y complementan tales manifestaciones morbosas formando el asunto principal, los primeros términos, si

se quiere, del clásico cuadro, cuyo fondo muchas veces, y cuyo marco siempre, lo forman aquellas mencionadas alteraciones de la psiquis expresivas, la suma de un progresivo decaimiento ó de una irreparable desorganización del dinamismo psicológico.

¿Qué nos queda para reforzar aún más, si cabe, semejante tesis diagnóstica? Dada la evidencia de los hechos característicos, casi patognomónicos, sólo á título de curiosidad recordaremos aquellas otras dolencias en que puede presentarse un síndrome parecido. La demencia orgánica se acompaña de síntomas de foco más localizados, menos difusos, en perfecta relación fisio-patológica con el territorio lesionado. Si padecen las zonas corticales sensitivo-motoras, signos clínicos de sensibilidad ó motricidad; si las sensoriales, trastornos de este orden; si la cápsula interna, los pedúnculos, protuberancia ó bulbo, hemiplejias totales, alternas, hemianestесias, etc., etc. En nuestro caso, tal vez la oftalmoplegia, el temblor, la paresia facial y la diartria, pudieran ser motivo de discusión; mas observemos que, aun siendo perturbaciones ligadas á lesiones histológicas evidentes, no forman complejo armónico que pueda definir lesión determinadamente localizada, y es que en la parálisis general la meningoencefalitis se generaliza y ataca á los principales centros nerviosos, destruye singularmente las fibras tangenciales de la corteza encefálica, aquellas fibras que constituyen, en opinión de Marchand, el asiento de toda elaboración intelectual, y lesiona además las células y los vasos. La demencia alcohólica se liga á fenómenos morbosos que traducen, sobre todo en el terreno somático, los efectos de la intoxicación crónica, y los síntomas demenciales no se instalan nunca desde un principio como en la parálisis progresiva. No hay para qué mencionar siquiera la demencia vesánica, propiamente dicha, porque ella es invariablemente la última etapa de una psicosis cuyos síntomas no pasan desapercibidos, y cuya evolución se verifica en un ci-

clo de tiempo siempre más ó menos largo. Y en último término, á no tratarse de un caso clínico tan perfectamente definido, nos quedaría un precioso recurso para resolver todas nuestras dudas: el cito-diagnóstico; pues, como recordaréis, el líquido céfalo-raquídeo de los paralíticos generales, obtenido por punción lumbar, acusa siempre linfocitosis y aumento de albúmina, lo cual no ocurre en ninguna otra de las formas morbosas que, ofreciendo un síndrome paralítico más ó menos claro, pudieran confundirse con la parálisis general progresiva.

Manicomio de San Baudilio, Diciembre 1908.

TRATAMIENTO DE LOS BUBONES SUPURADOS POR EL EFLUVIO ELECTROESTÁTICO

(Conclusión).

Bajo la influencia del efluvio de la no muy propiamente llamada electricidad estática, el fondo pálido y ligeramente brillante por el exudado que muchas veces lo recubre, se torna rojo, se congestiona, se deseca y el sujeto además siente que su molestia desaparece, hay una verdadera sedación local que le permite volver á la sala con más comodidad que cuando vino. Esta acción analgésica les dura en los primeros días hasta media tarde (las aplicaciones empiezan á las nueve de la mañana), después ya les permiten acostarse sin molestia del lado enfermo, hasta desaparecer por completo. A los pocos días de tratamiento, obsérvase que la exudación cesa, los bordes de la herida se invierten fuertemente hacia adentro, el fondo se mantiene con un color rojo más subido que antes de aplicar aquél, concéntricamente á los bordes se extiende

una delgada y estrecha capa de epidermis, los ángulos de la herida se cierran disminuyendo la distancia entre ellos, brotan del fondo mamelones carnosos que en algunos casos se recubren por una membrana blanquecina antes de que los bordes se toquen uno al otro, y en una palabra, el trabajo de reparación y cicatrización se activa de tal modo que el tiempo de curación se reduce á la mitad en los casos más rebeldes, pues hay algunos que en poco más de la tercera parte del tiempo que hubiera necesitado con las curas habituales termina su curación.

Me excuso decir que en los enfermos que hemos sometido á este tratamiento no se ha empleado otro que el de la electricidad estática, con el fin de que la observación estuviese bien hecha.

La aplicación del procedimiento es comodísima, y sobre todo económica. Huelgan todas las curas antisépticas, pues basta sólo lavar ligeramente con solución boricada y aplicar una gasa aséptica, que se quita en el momento de la sesión electroestática.

El enfermo, de pie ó sentado sobre el banquillo aislador, recibe el efluvio, á unos cinco ó diez centímetros próximamente de distancia, de una brocha de hilos metálicos que le aproxima el Ayudante durante seis ó diez minutos.

No hemos rebasado este tiempo de aplicación. A título de ensayo pienso prolongar la sesión en otros casos para observar qué variación puede imprimir sobre la lesión. La sesión es diaria.

Las ventajas que lleva consigo este nuevo método de tratamiento son muy dignas de tenerse en cuenta. La primera y más importante es la abreviación del tiempo de curación, y consiguientemente, la reducción del número de hospitalidades. Si se tiene en cuenta que en los hospitales militares (en el de Madrid al menos) la tercera parte del contingente de sus enfermos está representada por afecciones venéreo-sifilíticas, se comprenderá fácilmente que al cabo del año habrá

disminuído en una considerable proporción el número de hospitalidades, y la economía, por ende, que implica para el Tesoro será respetable. Si á esto se suma la economía del material de curas que ya no hay necesidad de emplear durante el periodo de tratamiento de que hemos hecho mención, aquélla sube de punto.

La segunda ventaja se refiere á que los enfermos no sufren las molestias inherentes al tratamiento usual de las salas, sobre todo cuando existen trayectos fistulosos ó pequeños fondos de saco que requieren durante su cura la introducción de tiritas de gasa. Afirmino esto, porque entre los enfermos tratados por el efluvio electroestático uno ostentaba un trayecto fistuloso desbridado en sus dos extremos que dejaban entre sí un puente cutáneo de seis centímetros de longitud, trayecto que cicatrizó, una vez que cesó en pocos días la exudación á beneficio del efluvio, sin introducir gasa ninguna. Otros enfermos presentaban pequeños fondos de saco, que cerraron también sin necesidad de intervención ni cura de ningún género.

Claro está que dentro de este tratamiento no caben los casos con infarto de ganglios profundos ó con largos trayectos ó fondos de saco; no. El efluvio electroestático ejerce su acción sobre los tejidos superficiales, y no puede obrar sobre los tejidos ó sobre los gérmenes situados profundamente. ¿Y cómo obra el efluvio electroestático? Tiene dos acciones, según se desprende claramente de la observación clínica de los enfermos tratados. Una está representada por la acción fuertemente antiséptica que ejerce la atmósfera de ozono que se produce con el efluvio sobre los tejidos inmediatos, á la cual es debido la desinfección que se produce en los mismos. La otra es un estímulo poderoso que provoca sobre la proliferación celular, que podrá ser, ó un resultado directo del efluvio, ó quizá un efecto indirecto, porque, como antes dijimos, el efluvio provoca la congestión de la herida y esta congestión podría ser la que despertase la proliferación celular.

Iguales apreciaciones han hecho los Sres. Victorio y Delgado, según me manifiestan, el primero verbalmente y el segundo en una nota, que tengo el gusto de consignar en este lugar, con los casos pertenecientes á su Clínica, y que detenidamente ha observado. El número de éstos se eleva ya á 24, y todos se conducen en la misma forma arriba expuesta frente al referido tratamiento.

«Producto de las observaciones llevadas á cabo en mis clínicas 7.^a y 8.^a de venéreo á beneficio del tratamiento seguido por la efluviación eléctrica, he tenido ocasión de apreciar lo siguiente (1):

Tratada la adenitis por la incisión seguida de raspado con la cucharilla cortante, una vez verificada la evacuación de su contenido, seguida ó no (según los casos) de cauterización y relleno de gasa impregnada en éter yodofórmico, han sido sometidos estos enfermos al segundo, tercero ó cuarto día de ser operados á la efluviación, marchando á este efecto al gabinete electroterápico á las horas asignadas, siendo sometidos á la acción».

Tan patentes fueron los efectos, tan convencido quedé desde las primeras sesiones de la bondad del método, obteniendo una rápida cicatrización en la reparación de estos procesos, que comencé por suspender el tratamiento de la clínica, enviando al gabinete electroterápico todos los casos que se encontraban en condiciones de recibir dicho tratamiento. Y con franqueza lo confieso, no he tenido por qué arrepentirme de ello.

Siguiendo paso á paso el curso de los enfermos sometidos á la efluviación una vez operados, he podido apreciar lo siguiente:

1.^o La cicatrización de la herida producida por la apertura del bubón, presentada en condiciones asépticas, some-

(1) Las investigaciones á que se refiere este trabajo se han realizado con permiso del ilustrado Sr. Director del hospital militar de Madrid-Carabanchel.

tida varias sesiones á la efluviación, se obtiene de un modo franco y rápido.

2.º Aun en los casos de intervenciones posteriores, donde precisa la evacuación de ganglios, la efluviación ayuda al relleno en el proceso de reparación.

3.º En casos de pérdida de piel, en que como ocurre frecuentemente por el retraso en que se presentan algunos enfermos ésta se mortifica, el proceso de cutificación lo activa la efluviación; naturalmente, con un número mayor de sesiones, pero siempre se obtiene antes que siguiendo su curso por tendencia espontánea.

4.º Es tan visible y tan notoria esta benéfica acción del efluvio eléctrico, que se aprecia la mejoría en muchos casos casi de una á otra sesión.

5.º La aplicación de este procedimiento al tratamiento general de intervención quirúrgica y antisepsia en las adenitis, es tan eficaz que abrevia su curación y ahorra al enfermo un número considerable de días, produciendo, por tanto, una economía de tiempo en el enfermo y una disminución en el número de estancias, que tratándose de estas clinicas en los hospitales es de gran importancia, puesto que redundá en bien del Estado.

Así hemos podido observar que individuos que normalmente tratados han tardado en su completa cicatrización cincuenta días para poder ser dados de alta, sometidos otros á la efluviación con lesiones parecidas, se ha obtenido el mismo resultado, causando sólo veinte ó veinticinco estancias.

Haciendo, pues, estudio de lo que hemos tenido ocasión de observar, diremos que el proceso en casi todos los casos sigue la marcha siguiente: la oquedad obtenida por la evacuación de la adenitis se ofrece al tercero ó cuarto día de sesión por el efluvio, de un fondo limpio, rojo, uniforme y francamente granuloso; las granulaciones obtenidas sangran al principio á un pequeño contacto (más tarde no tanto), los bordes de la

herida se ranversan hacia adentro, tienden á aproximarse, y á las pocas sesiones más la unión de estos bordes origina una línea blanquecina, que coapta, ensambla los mismos. La coloración de la piel próxima, en más ó menos extensión, se hace violácea y la cicatriz sólida y firme á las pocas sesiones más.

He aquí las observaciones recogidas en estas clínicas 7.^a y 8.^a de venéreo dados de alta:

A. R., soldado del regimiento de Vad-Ras, con adenitis doble. Incisión de 8 centímetros de longitud (íngle derecha) por 3 de profundidad evacuada. En la izquierda hubo que extirpar un ganglio del tamaño de una nuez. Sométese á la efluviación al tercer día de operado, recién curado, tardando veintinueve días en su total cicatrización. Alta de este enfermo, á los treinta y tres días. Se calcula que hubiera permanecido, de no ser auxiliado por la efluviación, de cincuenta y cinco á sesenta días.

S. D., soldado de la Escuela de Equitación. Adenitis izquierda con chancro prepucial y fimosis. Operación del fimosis por método clásico. Seis puntos de sutura; incisión del bubón, del tamaño de un huevo de gallina, pastoso, fluctuante, dando gran supuración; raspado inmediato. Marcha lenta, cicatrización tardía. Curación del fimosis, en doce días. Empieza á aplicarse la efluviación al décimocuarto día. A la octava sesión, la cicatrización avanza, las granulaciones crecen por igual, el fondo se limpia, apenas hay supuración. A la duodécima sesión se ranversan los labios, se hunden, y á la vigésimacuarta sesión queda en condiciones de dársele el alta, que hubo que retrasar por un estado gástrico que presentó el enfermo, tardando en curar de él ocho días más.

Este enfermo salió de alta á los treinta y ocho días, siendo

así que el proceso hubiera tardado en cicatrizar más de sesenta días en condiciones normales.

* * *

B. G., soldado de Ingenieros. Adenitis inguinal derecha; á su incisión da escasa supuración; es un sujeto mal nutrido, marcadamente linfático. Intervención posterior con extirpación de ganglios múltiples, que dejan una oquedad profunda y extensa. Las curas sucesivas no consiguen obtener gran mejoría; el proceso es de aspecto tórpido, con atonía de tejidos, que hay que estimular cauterizando y dando al enfermo una medicación tónica y alimentación reparadora. A los doce días, y en vista de su estado estacionario, decidimos someterlo á la efluviación, observando con sorpresa el cambio de aspecto del fondo á los cuatro días, cesando la supuración; la activa tendencia á cicatrizar, y su curación definitiva, á los treinta y ocho de su ingreso en la clínica. Calculamos que hubiera tardado más de dos meses y medio en dársele de alta de no ayudar la efluviación á su tratamiento.

Este caso produjo curiosidad y asombro en algún compañero y fué objeto de especial observación por parte del Jefe de la clínica y del personal de la sala.

* * *

J. T., soldado de la Escuela central de Tiro. Ingresó el 19 de Diciembre de 1908 con adenitis del lado derecho. Se le dilató el mismo día de su ingreso, y á los tres quedó una oquedad de 6 centímetros de extensión por $1\frac{1}{2}$ de profundidad, siendo sometido á los dos días á la efluviación. Siguió un curso franco, quedando en disposición de darle de alta el 12 de Enero de este año, perfectamente cicatrizado. Tres semanas tardó en salir de alta, calculándose en un doble, cuando menos, el tiempo que hubiera necesitado sin este tratamiento.

* * *

E. S., soldado del regimiento Infantería del Rey; ingresó en la clínica el 21 de Diciembre con adenitis del lado derecho, que al ser dilatado produjo una cavidad de 7 centímetros de extensión por 2 de profundidad. Fué sometido á la efluviación al segundo día de operado. Al cuarto día de sesión se apreciaba una retracción de los bordes, quedando limpio el fondo y dándose el alta, curado, el 4 de Enero. Caso notable en que bastaron sólo 10 sesiones para conseguir su completa cicatrización.

* * *

F. S., soldado también de Infantería del Rey; ingresó el mismo día que el anterior (21 Diciembre). Dilatación el mismo día, de 3 centímetros de extensión por 1 de profundidad. Salió de alta el 6 de Enero. Sólo se emplearon unas 12 sesiones.

* * *

E. O., del batallón de Ferrocarriles, con adenitis doble; dilatado al día siguiente de su ingreso (26 de Diciembre), quedando dos oquedades, la del lado derecho de 6 centímetros de longitud por 3 de profundidad y la del izquierdo de 5 por $2\frac{1}{2}$, con supuración abundante en el derecho, habiendo necesidad de raspar y cauterizar. Empieza á ser sometido á la efluviación al sexto día de operado. Sigue un curso tan notablemente favorable que se le da el alta el 14 de Enero. 13 sesiones bastaron para lograr la cicatrización completa.

* * *

No sólo á los enfermos de adenitis se les sometió á este tratamiento, como lo demuestra el siguiente caso:

C. M., guardia civil del 14.º tercio, ingresó en la sala 7.^a de venéreo procedente de la 3.^a de cirugía, con manifestaciones sifilíticas antiguas, y entre ellas una úlcera de esta naturaleza en la parte anterior de la pierna izquierda, rebelde al

tratamiento tópico empleado. Se pensó en mandarlo á la efluviación: 12 sesiones bastaron para que la cicatrización se obtuviera de un modo completo; siendo de advertir que á las cuatro sesiones la superficie ulcerosa cambiaba de aspecto, se retraía, sufría una coloración más roja y aparecía como seca, sin brillo, y la cutificación se verificó con rapidez.

Estos, pues, son los casos hasta la fecha observados en las clínicas 7.^a y 8.^a de venéreo, en que todos, absolutamente todos los enfermos sometidos á la efluviación, experimentaron una notable mejoría, y en que se activó la cicatrización de un modo rápido, ahorrándose un número de estancias considerable.

Las observaciones de otros casos siguen su estudio, y cuando se reuna suficiente número de ellos haremos su estadística, pues merece ser conocido el procedimiento por el franco éxito obtenido con la efluviación eléctrica en este género de lesiones.—Madrid, 7 Febrero 1909.—El Médico mayor, Victorino Delgado.

BARTOLOMÉ NAVARRO,
Médico primero.

PRENSA MÉDICA

El servicio Médico-militar en Serbia.—Este servicio comprende tres secciones: médica, veterinaria y farmacéutica. La primera está compuesta de Oficiales médicos, Ayudantes y tropa, teniendo los Oficiales el mismo empleo, consideraciones y paga que los Oficiales combatientes. Como Jefe superior está el Inspector del servicio Médico-militar, que es también Jefe de la Sec-

ción en el Ministerio de la Guerra, y tiene la categoría de Teniente General. Existe una Junta compuesta de siete Jefes médicos, los cuales constituyen, en unión del anterior, el Cuerpo Consultivo, que propone al Ministro de la Guerra todas las cuestiones que se relacionan con Sanidad.

El personal médico se escoge entre Profesores civiles, recibe edu-

cación militar sirviendo seis meses en un hospital, y pasado este tiempo sufre un examen en higiene militar, servicios médicos en paz y guerra, contabilidad, legislación, construcción de mapas, etc. Si no es aprobado continúa durante ocho meses más los estudios en el hospital.

Entonces es nombrado Teniente médico, en cuyo empleo sirve por lo menos tres años, sufriendo nuevo examen antes de su ascenso á Mayor. No existe más que un Oficial médico en cada regimiento de Infantería cuando está en tiempo de paz.

Para asegurar reserva de Oficiales, el Ministerio de la Guerra concede á los estudiantes ventajas, admitiéndolos en filas, donde reciben educación militar que les permita más adelante prestar este servicio.

Como aún no está organizada la Escuela de Sanidad, faltan los Suboficiales procedentes de esta clase, en la cual debieran cursar dos años, y entretanto sirven cuatro como sargentos del Cuerpo médico y cinco como Ayudantes de segunda clase, pasados los cuales son nombrados Ayudantes de primera.

El personal de plana menor lo componen cinco compañías, que están en filas año y medio, cuatro meses de instrucción teórica en la Escuela y el resto sirviendo en hospitales y otros destinos.

Los Farmacéuticos son Oficiales con empleos de Tenientes y Comandantes, cuyo personal ingresa procedente de los que poseen el título de Licenciados en dicha carrera.

En cada una de las cinco divisiones existen hospitales permanentes con un número de camas que varía entre 120 y 400. Los Oficiales mé-

dicos de los mismos dependen del Comandante general de la división, y tienen el empleo de Mayores, con mando directo sobre todo el personal que recibe tratamiento en dichos centros y sobre el personal técnico de la división. Para el mando del personal subalterno de plana menor existe un Capitán de Infantería.

En todas las demás guarniciones existen pequeños hospitales con 20 á 25 camas, dirigidos por un Capitán médico, Jefe del personal, y generalmente también de los Médicos de los regimientos de la plaza.

Hay en Belgrado un depósito central de material sanitario á cargo de un Jefe médico con toda clase de medios para surtir al Ejército, y medicamentos bajo la custodia de un Farmacéutico. Este depósito suple de medicinas y curas para todos los servicios médicos que lo necesitan. Cada división posee uno de estos depósitos.

Los Oficiales médicos trabajan ayudados por el personal reclutado de filas, habiendo además Comisiones inspectoras con dos ó tres Médicos agregados al Estado Mayor de la división, que decide en cada caso acerca de la utilidad ó inutilidad para el servicio militar.

Para la instrucción médica se suelen enviar comisiones de estudios á las Universidades extranjeras, en donde permanecen dos ó tres años, porque la de Belgrado no tiene Facultad de Medicina. Los Oficiales médicos de la reserva son llamados por turno durante el período de maniobras, reemplazando entonces al personal de plantilla para este servicio durante quince á treinta días.

El servicio Médico-militar está

organizado para tiempo de guerra de un modo análogo al Ejército alemán. Un batallón médico, por ejemplo, que corresponde á la am-

bulancia divisionaria, se compone de siete secciones á 50 hombres cada una.

(*Journal of the Royal Army Medical Corps*).

BIBLIOGRAFIA

Ingeniería sanitaria.—*Saneamiento de poblaciones urbanas y rurales*, por D. Eduardo Gallego Ramos, *Ingeniero Director de «La Construcción Moderna»*, etc., con un prólogo del Dr. Larra Cerezo, de la Real Academia de Medicina.—Madrid. Imprenta del «Memorial de Ingenieros del Ejército». 1909.—Un voluminoso tomo en folio de 592 páginas y 330 grabados.—Precio, 12 pesetas en Madrid y 12'50 en provincias.

La circunstancia de haberse honrado uno de nosotros presentando al público esta obra, nos obliga á ser parcos en el elogio del libro del Sr. Gallego.

Consta aquél de cinco partes y un apéndice. En la primera se trata de las causas de impurificación del aire, del estudio de las inmundicias, sistemas de alcantarillado, depuración artificial, instalaciones bacterianas, recogida y tratamiento de basuras y medios de combatir el polvo, terminando con lo referente á la desinfección y sus diversos medios.

La segunda parte está consagrada á los diversos sistemas de análisis de las aguas, sus condiciones higiénicas, captación, valor higiénico de la filtración, clarificación y depuración química, filtrado bacteriológico, embalse y distribución en las poblaciones. En la tercera se trata de la humedad del suelo y subsuelo, desecación de terrenos y medio de desagüe del agua subterránea. En la cuarta, de la salubridad de las urbes, detallándose todo lo

relativo á la iluminación, aireación y soleamiento de sus vías, sin olvidar cuanto comprende el saneamiento ó derribo de manzanas malsanas, reproduciéndose modelos de registros sanitarios de las casas y describiéndose los principales barrios obreros españoles y condiciones que los de esta clase deben reunir.

La ingeniería sanitaria moderna ha transformado las modernas ciudades y aldeas, contribuyendo poderosamente á la disminución de la mortalidad. Por eso la parte consagrada á la salubridad de las viviendas, ó sea la quinta y última, es una de las más útiles y notables del libro. Se analizan en ella las condiciones propias de los diversos elementos para procurar á la casa sana aire, sol y luz abundantes, rápida separación de las inmundicias líquidas y sistema de alumbrado y de calefacción.

Se reúnen en el apéndice que cierra este completo *Manual de saneamiento rústico y urbano* los datos de mortalidad en las ciudades españolas durante el año 1907 y un extracto sencillo, pero suficiente, de la legislación sanitaria vigente, completada con proyectos de Reglamentos sanitarios para ciudades y Municipios rurales de Francia.

Parece difícil comprender cómo en un solo tomo, aun siendo tan voluminoso, completo y espléndidamente ilustrado con la representación gráfica de todos los sistemas de alcantarillado, aparatos diversos de desinfección, saneamiento, aguas, limpieza urbana, etc., etc., etc., se haya podido reunir un cuerpo de doctrina tan completo, luminoso é insustituible.

Puede afirmarse que este libro de «Ingeniería sanitaria», debido á la persona más competente de España en estas materias, constituye hoy el tratado fundamental de lo que ha de ser el futuro saneamiento en la parte correspondiente al Ingeniero, al Arquitecto y al higienista en general, que no tardará en hacerse clásico y en constituir una obra para consulta de un valor inapreciable.

De otros trabajos interesantes, aun cuando sin carácter esencialmente técnico, tenemos que ocuparnos, agradeciendo mucho su remisión á sus distinguidos autores. Son los siguientes:

Discurso leído ante S. M. el Rey por el Excmo. Sr. D. Julián Suárez Inclán, Académico de número, en junta pública celebrada por la Real Academia de la Historia el día 31 de Enero de 1909, en *Commemoración del primer Centenario de la Guerra de la Independencia y del tercer aniversario de la muerte de su historiador, el General D. José Gómez de Arteche, Académico de número*.— Madrid. Fortanet. 1909.—Un folleto en 4.º mayor de 78 páginas.

Son tan conocidas las dotes de escritor correcto y castizo, de historiador concienzudo y analítico, de psicólogo de las multitudes y de las grandes figuras que rigen esa serie de integraciones y desintegraciones que van formando la trama de la Historia, peculiares de nuestro ilustre amigo el General Suárez Inclán, que sólo nos queda aplaudir su labor, tan meritísima como patriótica.

La entusiasta acogida que obtuvo su hermosísimo discurso demuestra que no en vano es considerado el insigne Académico como uno de los grandes historiadores españoles.

*
* *

Estudio bio-biográfico del Coronel de Sanidad Dr. D. Nicasio Landa, por D. José García del Moral, *Miembro de varias Sociedades científicas*.—Trabajo premiado con el accésit del tema XV en el Certamen científico, literario y artístico organizado por la Comisión provincial de la Cruz Roja Española de Zaragoza para conmemorar el primer Centenario de los gloriosos Sitios 1808-1908.— Santander. Viuda de Fons. 1908.—Folleto en 8.º de 51 páginas.

Es el Sr. García del Moral un hombre de ciencia inteligente y un hombre bueno que siempre, con desinterés y perseverancia,

consagra su vida al enaltecimiento ajeno y á la popularización de los conocimientos médicos.

Al consagrar á una figura gloriosa del Cuerpo de Sanidad Militar, el Subinspector médico de primera clase D. Nicasio Landa, su pluma, en circunstancias terribles, pues durante la redacción de este trabajo tuvo una gravísima afección de la vista, es digno de especial consideración y gratitud, mereciendo elogio no sólo la biografía completa de Landa, sino la nutrida bibliografía de los escritos del mismo que aparece al final de esta monografía, premiada en el Concurso de la Cruz Roja de Zaragoza.

* * *

Noticias históricas acerca de la última enfermedad del Rey de España

Luis I, por D. Joaquín Olmedilla y Puig, *Doctor y Catedrático de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central, Doctor en Medicina, Licenciado en Ciencias, de la Real Academia de Medicina, etc., etc.*—Madrid. Mayo 1905.—Folleto en 8.º de 24 páginas.

Pocos escritores de ciencias médicas tienen en su historia literaria una labor tan continuada y fecunda como el Dr. D. Joaquín Olmedilla y Puig. Raro es el año que no da muestras fehacientes del resultado de sus investigaciones eruditas y aclaratorias de puntos poco conocidos en las narraciones de los hechos históricos.

Por el folleto que tenemos á la vista, muy documentado y galanamente escrito, se viene en conocimiento no sólo de algo que exprese la vida profesional de unos cuantos Médicos del siglo XVIII en su primer tercio, sino de la marcha, accidentes y terminación de aquella «viruela maligna complicada con fiebre infecciosa», según reza el diagnóstico de los Médicos de cabecera, que acabó con la vida del joven Rey, hijo de Felipe V.

Felicitemos al Dr. Olmedilla por su monografía.



VARIEDADES

Hemos recibido el folleto titulado *Reglas para el examen de los productos Bayer*, en el que se consignan datos acerca de la composición, propiedades físico-químicas, reacciones para identificación, ensayo, dosificación, prescripción, empleo y conservación de los productos de dicha casa, que constituyan medicamentos admitidos en todos los Formularios y de uso general en la práctica médica.

SECCIÓN OFICIAL

- 8 Febrero. — Reales órdenes (*D. O.* núm. 34) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo, al Médico primero don Emilio Soler Rodríguez, al Médico segundo D. Eduardo Zuazua Gastela y al Farmacéutico primero D. Antonio Velázquez Amézaga.
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 42) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Modesto Quiles González.
- 10 » Real decreto (*D. O.* núm. 32) dictando disposiciones para el funcionamiento del Estado Mayor Central del Ejército.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 32) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir por gestión directa un furgón cocina modelo ruso.
- » » Reales decretos (*D. O.* núm. 32) autorizando la compra por gestión directa de los víveres necesarios para el consumo durante un año en los hospitales de Mahón, Valencia, Málaga y Palma de Mallorca.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 32) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir por gestión directa una estufa fija de desinfección de la casa «Genesté Herscher y C.^a», de París, con destino al hospital de Segovia.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 32) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico segundo D. Dacio Crespo y Alvarez.

12 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 35) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico segundo D. José Serret y Tristany.

» » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 35) declarando derecho á pensión á la viuda del Subinspector médico de primera clase D. Pedro Heras Otaño.

16 » Real decreto (*D. O.* núm. 41) concediendo franquicia postal á la correspondencia oficial que expida el Instituto de Higiene militar.

19 » Real orden (*D. O.* núm. 40) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á la situación ó á servir los destinos que se les señalan:

Subinspectores médicos de segunda clase: D. Indalecio Blanco y Paraleda, al hospital de Alicante, de Director; D. Mateo Andreu Domenech, á Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la séptima Región, y D. Enrique Feito Martín, á Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la sexta Región.

Médicos mayores: D. Eduardo Cisneros y Sevillano, á excedente en la primera Región; D. Carlos Vieites y Pérez, al Colegio de María Cristina (sección de varones), en plaza de Médico primero, y D. José Barreiro y de la Iglesia, á la fábrica de armas de Oviedo.

Médicos primeros: D. Alejandro Reino y Soto, á Cazadores de Lanzarote; D. Emilio Fuentes y Sáenz Díez, á Secretario de la Jefatura de Sanidad Militar de Gran Canaria; D. José Crende y Martínez, al primer batallón de Garellano; D. José Prieto y Muñoz, al regimiento de Caballería de Villarrobledo; D. Juan Serrano y Terradas, á Cazadores de Segorbe; D. Rafael Rodríguez Amérigo, al primer batallón de Asia, y D. Juan Rivaud y Ballesteros, al primer batallón de Cantabria.

Médicos segundos: D. Gerardo Pastor y Fernández, al segundo batallón de Saboya, y D. Norberto Olózaga y Bellaunde, á la Plana mayor de la Brigada.

» » Ídem íd. (*D. O.* núm. 40) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. Joaquín Esteban Clavillar pase destinado al hospital de Burgos, y el de igual categoría D. Pablo Rodríguez Vázquez al hospital de la Coruña.