

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XV MADRID 15 DE FEBRERO DE 1901 NÚM. 328

TUBERCULOSIS PULMONARES AGUDAS EN LOS REGIMIENTOS

El fin del trabajo que vamos á exponer es fijar la atención de los compañeros sobre los hechos de observación que señalamos, por si les parecieran exactos éstos y acertados nuestros juicios, emprender colectiva é individualmente una cruzada contra el verdadero Angel exterminador de nuestros soldados.

El timbre más preclaro del Cuerpo, en la conciencia de todos está que es un acendrado altruismo; y la mejor exteriorización de este culto es el amor al soldado, ser que paga los bienes recibidos en gratitud y fidelidad, monedas que circulan poco.

I

Las tuberculosis pulmonares agudas son muy frecuentes en los cuarteles y ocasionan numerosas víctimas. Cierto que al ingresar en filas se conjuran contra el recluta todas las causas disminuyentes de las resistencias orgánicas, convirtiendo en tuberculizables sujetos sin tara hereditaria para ello; mas también en el medio exterior se encuentran las condiciones más favorables para producir infecciones masivas que matan por intoxicación y consunción rápidas. Y si el combatir las causas primeramente citadas exige una campaña costosa, no así el destruir las segundas, que sólo requiere una buena voluntad, servida por loable diligencia y acertada dirección. Cuanto más, que si lográramos el ideal de extirpar el germen tuberculoso del medio que rodea al soldado, seguramente que no

moriría tuberculoso, aunque tuviera el *mínimum* de resistencia orgánica.

También se observan tuberculosos crónicos; pero la forma ulcerosa crónica no encuentra su ambiente natural en los cuarteles, porque se convierte en aguda ó sub-aguda (galopante), merced á la deficiente nutrición del enfermo, al mefitismo intenso del medio aéreo y á la depresión de ánimo originada por el medio social.

Las formas agudas son insólitas en su aparición y desarrollo, y por lo mismo difíciles de conocer; porque ó bien se presentan en sujetos sanos, ó hacen explosión en tuberculosos crónicos que pasaban desapercibidos. La marcha es rápida é insidiosa, y así sucede que los primeros casos que el Médico militar observa suele no diagnosticarlos, por no haber visto otros análogos en las clínicas de la facultad.

Consultando las obras que tenemos á mano, hallamos que precisamente las formas consideradas como menos frecuentes en la práctica civil son las que más vidas arrebatan en los regimientos, porque son incurables y mortíferas á corto plazo.

Sin que en el grupo militar constituyan variedades distintas, las tuberculosis pulmonares agudas se manifiestan con particularidades de génesis y síntomas que obedecen al medio y á la manera de ser las lesiones; mas estas particularidades, cuya interpretación intentaremos, se rigen por el principio de que la tuberculosis es una especie morbosa ocasionada por el bacilo de Koch y caracterizada por la granulación miliar (1).

La Histología normal nos enseña que el parénquima pulmonar sólo puede ser abordado por gérmenes llevados por las corrientes aéreas ó conducidos por las humorales (sanguíneas y linfáticas). La Histología patológica confirma que las granulaciones miliares se inician en los endotelios vasculares ó en los endotelios alveolares y epitelios bronquiales. Precede necesariamente el rebajamiento vital, por causa mecánica ó química (el mecanismo car-

(1) Se calla, por sabida, la importancia del organismo (terreno).

tesiano, hoy dinamismo, impera en la ciencia), de esas barreras epiteliales, primera línea defensiva de la inmunidad natural.

Nace de aquí una dicotomía patogénica de las tuberculosis pulmonares: «*endógenas*», las de origen circulatorio; «*exógenas*», las ocasionadas por inhalación.

A. *Endógenas*: Los bacilos arrastrados por los humores, van en medios bacilicidas; pero los excretas con ellos mezclados, es posible modifiquen el endotelio vascular, alterando sus propiedades y ocasionando la adherencia, en múltiples puntos de la luz del vaso, de leucocitos portadores de gérmenes. La concurrencia vital da por resultado cadáveres leucocitarios y bacilares; mas como ni todos los leucocitos ni todos los gérmenes son siempre aniquilados, los bacilos que á las contiendas sobreviven prenden en las paredes vasculares y, por las reacciones vitales que provocan, dan lugar á la lesión fundamental, constituida por una célula gigante multinuclear invadida de bacilos y coronada de células epitelioideas y embrionarias. Es una irrupción de miriadas de gérmenes la que penetra en el torrente circulatorio; se producirá una tuberculosis miliar generalizada, con granulaciones no solamente en pleura y pulmón, sino en las demás vísceras. Si los gérmenes vertidos en la circulación son contables, germinarán allá donde se den las condiciones más favorables para su desarrollo, que lo mismo puede ser en el pulmón que en el cerebro.

Hé aquí, refiriéndonos al pulmón, que es nuestro objetivo, cómo puede fraguarse una tuberculosis pulmonar de forma miliar ó de forma ulcerosa. Ambas son endógenas por su origen; pero mientras que la primera es más bien una infección generalizada, pues que se encuentran granulaciones miliares en diversas vísceras, siquiera la más invadida sea el pulmón con su serosa, la segunda es de característica local, porque sólo arraigó el germen en el territorio pulmonar. Y así sucede que la tuberculosis miliar ni es siempre de forma pleuro-pulmonar ni ésta podía tener la exclusiva, habida razón de que en tales casos lo que se produce es una desbandada de bacilos en la corriente circulatoria, bacilos que

irán á fijarse en tejidos ú órganos, no al azar, sino obedeciendo á condiciones, conocidas unas, incógnitas otras, relacionadas con la atenuación ó exaltación de los mecanismos defensivos propios de cada territorio orgánico.

Surge inmediatamente la cuestión de si estas tuberculosis pulmonares endógenas pueden ser primitivas ó exigen la preexistencia de un foco tuberculoso.

Las formas miliáres creemos no pueden ser primitivas. Marfan estima muy absoluta la ley de Buhl, que dice: «En un individuo muerto por una granulosis miliar, pulmonar ó difusa, siempre se encuentran focos caseosos antiguos, si no en los pulmones, al menos en los ganglios linfáticos ó en las serosas» (1).

A nuestro parecer, más razón tiene Buhl que Marfan, aunque éste afirme que, en algunos casos, es necesario admitir la entrada del bacilo primitiva y directamente en la sangre, porque en la autopsia no se encuentra foco caseoso.

Según ésto, el germen tuberculoso puede penetrar en legiones hasta los humores, y sin producir reacciones en los tejidos que para ello precisa atravesar; ó bien penetrar pocos, pero multiplicarse rápida y prodigiosamente para constituir una bacilemia, á la manera como sucede con el hematozoario de Laveran, el espirilo de Obermeier, y aun quizás también con los presuntos gérmenes de las fiebres eruptivas.

Lo que sabemos de patogenia tuberculosa se compadece mal con estas ideas. Un foco tuberculoso local puede generalizarse espontáneamente ó por la intervención quirúrgica. En uno y otro caso el foco ha comunicado con vasos sanguíneos ó linfáticos, ya porque el proceso haya destruído paredes vasculares ó porque el bisturí las haya cortado; porque el tubérculo no tiene vasos, y alrededor de él se producen endocapilaritis que concluyen por obturar los capilares. Pero aquí nuestra razón ve la posibilidad de verterse en el torrente circulatorio hasta un gran número de bacilos que

(1) «Tratado de Medicina de Chareot y Bouchar». Tomo IV, página 725.

ocasionaran una granulia difusa, cuanto más un proceso tuberculoso pulmonar de origen endógeno. Mas para admitir que la granulia generalizada puede ser primitiva, es necesario admitir antes que por la piel ó mucosas han penetrado hasta los humores sin fin de gérmenes que no se acantonaron en los tejidos que atravesaron, ó bien que aun siendo en número escaso los que ganaron las corrientes humorales, en este medio se multiplicaron. Lo primero pugna abiertamente con los mecanismos de la inmunidad natural; lo segundo carece de pruebas.

Los experimentos, ya clásicos, de Max Schulze, Hueter é H. Martín, nos enseñan que los gérmenes tuberculosos ingeridos ó inhalados son absorbidos y, transportados por la corriente sanguínea ó linfática, sólo se fijan en los puntos traumatizados. En clínica vemos que las tuberculosis locales casi siempre se originan por la acción de un trauma en un sujeto hijo de tuberculoso ó que se ha expuesto al contagio.

La naturaleza y el laboratorio están de acuerdo en este punto para explicar la génesis de las tuberculosis locales de origen endógeno, pero ninguna de estas dos fuentes científicas presentan casos en los que manifiestamente se haya originado la granulia difusa sin la preexistencia de un foco tuberculoso, pues Marfan habla muy vagamente cuando dice: «Observadores concienzudos no han podido descubrir en la autopsia, en algunos casos, ningún foco caseoso capaz de haber infectado secundariamente el organismo». Aquí no se citan las observaciones ni los observadores; solamente después se invoca el testimonio de Leudet y Colin, que dicen han observado la granulia en forma epidémica en los militares vigorosos, pero fatigados, ó en territorios indemnes hasta la llegada de europeos, sin que estos observadores hablen de autopsias.

En cambio, todos los demás autores citados por Marfan han visto coágulos sanguíneos repletos de bacilos, siendo principalmente instructiva la siguiente nota que copia de Durand-Fardel. «En otro corte del mismo riñón se ve un vaso, cortado según su eje. Este vaso, encorvado, ha sido dividido en dos puntos que figu-

ran dos troncos. En el interior de cada uno de ellos se puede ver una masa de bacilos tan considerable, que parece como si se hubiese inyectado una materia colorante roja. El vaso, repleto de bacilos, se encuentra en los cortes sucesivos que han interesado el mismo punto». «Durand-Fardel llama, además, la atención sobre el hecho de que en medio del tejido renal sano se encuentran algunos vasos llenos de bacilos; dato de suma importancia, porque presenta al parásito antes de los estragos que iba á ocasionar, ó sea el estado bacilémico que precede á la granulación miliar».

Resulta como positiva conquista de investigación científica, que en las autopsias de los muertos por granulia generalizada, infinidad de gérmenes circulan por los vasos; y careciendo de base racional la penetración directa de dosis masivas en la sangre, y no estando probada la germinación esplendente de unos pocos bacilos circulantes, nuestro juicio clínico debe sujetarse hoy á la necesidad de admitir un foco tuberculoso local como obligado precedente de la granulosis miliar generalizada, sea ó no de predominio pulmonar; pero admitiendo también que por la vía digestiva ó la pulmonar pueden llegar algunos bacilos hasta los humores, circular con ellos, y fijarse en el pulmón si encuentran condiciones favorables, produciendo en tal caso una tuberculosis ulcerosa crónica ó galopante, según las condiciones del sujeto y el medio ambiente.

Hemos sido conducidos deductivamente al término del precedente estudio de patología general, útil y obligado paso del que se desprende cuanto sigue como consecuencias lógicas.

Si es preciso un foco caseoso para que se originen las granulias, seguramente no han de ser éstas las que el Médico militar encuentre en los regimientos. Porque si el soldado padece una tuberculosis externa, se le licencia por inútil en cuanto se diagnostica la naturaleza del proceso; de donde nace la casi imposibilidad de originarse el estado bacilémico por caseificación de tubérculos articulares, testiculares ó de otra cualquiera localización exterior.

En cuanto á la bacilemia producida por tuberculosis internas, no podemos decir lo mismo; pues exceptuadas las pulmonares, di-

ficil es conocer las demás localizaciones viscerales antes de que lleguen al período de caseificación de los tubérculos, fase útil para transformarse el proceso local en general.

Por esta razón la granulia generalizada, con predominio ó no en aparato respiratorio, nos sorprenderá, y pasará acaso sin conocerla; su cuadro clínico, tan agudo é impropio de lo corriente en tuberculosis, nos desorienta; ignoramos que el sujeto es tuberculoso (pues si nos hubiéramos apercibido de ello no estaría en el regimiento) y, ante la gravedad que supone la alta fiebre y la adinamia del enfermo, sólo distinguimos que una cama espera en el hospital, si ya no es, en otro sitio, una sepultura abierta.

Respecto á la tuberculosis pulmonar aguda y endógena, sucede una de dos cosas: ó que procede de un foco tuberculoso, externo ó interno, y entonces ha de ser tan rara como la granulia, por las razones expuestas, ó que se haya originado por haberse fijado en el pulmón algunos bacilos que llegaron á la circulación por la vía pulmonar ó digestiva, en cuyo caso (racional y experimentalmente posible, imposible de distinguir en clínica), entra en el cuadro de las formas ulcerosas que se transforman en galopantes, sin que para ello influya la vía infectadora.

Como se ve, no son las variedades indicadas las que tildamos de destructoras de la población militar, no obstante ser, de las de tipo agudo, las que *se dan* en la práctica civil. Pero al ocuparnos de ellas buscamos el efecto del contraste, porque intentamos llevar al ánimo de nuestros lectores el convencimiento de que hay en el grupo militar una *tuberculosis gramílica pulmonar* que mata tanto como las demás variedades en la población civil.

Por fortuna hay una diferencia: la profilaxis en los regimientos puede ser mucho más hacedera que en las poblaciones.

(Continuará).

L. TORREMOCHA
Médico segundo.



Prensa y Sociedades médicas

La fosfaturia terrosa de los dispépsicos.— M. Robin: Deseo llamar vuestra atención sobre un síntoma que, aun cuando no muy frecuente, no por ésto deja de presentar un positivo interés. Me refiero á las emisiones de orina lechosa, conteniendo en suspensión un exceso de fosfato de cal.

Los enfermos cuya orina ofrece este carácter, han sido considerados erróneamente hasta hoy como calculosos, como fosfatúricos ó como neurasténicos, siendo así que en realidad se trata de simples dispépsicos hiperesténicos, periódicos ó permanentes, en quienes se exagera y se vuelve constante un fenómeno que existe de una manera mitigada é irregular en la mayor parte de los hiperesténicos.

Se puede dividir á estos enfermos en dos categorías, según que sus micciones son simplemente lechosas ó que se hallan constituidas por un líquido cretoso, de aspecto semejante al yeso, cuya expulsión provoca crisis vesico-uretrales, á menudo muy dolorosas.

Aparte de las micciones lechosas y de las crisis dolorosas, los síntomas que se observan con más frecuencia son de orden nervioso, cardíaco, cutáneo y muscular. Forman un conjunto muy preciso y enteramente característico, cuando se relacionan con los trastornos gástricos ordinariamente ignorados que no faltan jamás en esta clase de enfermos.

El análisis del contenido estomacal revela una hiperclorhidria intensa, pocas fermentaciones, una peptonización suficiente, pero una digestión muy mala de los feculentos.

Los cambios generales y los cambios azoados no aparecen alterados en su esencia. Sin embargo, la evolución y las transformaciones de las materias ternarias resultan sensiblemente retrasadas.

Estos pacientes no son fosfatúricos, en la acepción absoluta de la palabra, dado que es excepcional que el ácido fosfórico total por veinticuatro horas y por kilogramo de peso, así como su relación con el ázoe total, se hallen aumentados. Lo que sí aparece aumentado es el ácido fosfórico ligado á las tierras, cuya relación con el ácido fosfórico total crece en proporciones bastante considerables. El sedimento lechoso de fosfato bicálcico en el interior de las vías urinarias reconoce, pues, como condiciones, el aumento de los fosfatos terrosos y la disminución de la acidez de la orina.

La precipitación de los fosfatos bicálcicos en la vejiga, y acaso también en los bacinetes y en los tubos de Bellini, constituye una condición favorable al desarrollo de la cistitis, de la pielitis, de la pielonefritis y de las hematurias en los sujetos predispuestos, sobre todo cuando interviene una causa ocasional, como, por ejemplo, un cateterismo intempestivo. La presencia casi permanente de glóbu-

los blancos en el sedimento, demuestra á las claras que la mucosa de las vías urinarias de estos enfermos se halla en perpetuo estado de oportunidad morbosa. Además, la albuminuria aparece en ellos con una frecuencia que no alcanza en ninguna de las otras variedades de hiperestenia, y una segunda complicación, á menudo observada, es una anemia más ó menos intensa por desglobulización.

El tratamiento de esta fosfaturia debe de ir dirigido en primer lugar contra la dispepsia hiperesténica con hiperclorhidria que constituye su fundamento; con este fin, se someterá al enfermo, durante unos ocho días, al régimen lácteo absoluto; para combatir luego la fosfaturia, propiamente dicha, se prescribirá la mixtura de Coutaret, que es una mezcla de ácido sulfúrico y de ácido nítrico alcoholizados. Las crisis dolorosas serán tratadas simplemente por medio de la administración de dos ó tres vasos de un agua mineral cualquiera, y, por último, contra las complicaciones se recurrirá á los reconstituyentes de la nutrición general (arsenicales, hipofosfitos, ferruginosos, etc.)

(Acad. de Med. de Paris)

* *

Seroterapia de los tumores malignos.—*M. Lucas-Championnière*, en ocasión de un trabajo de los Dres. Vlaïev (de San Petersburgo), y de Hotman de Villiers (de París), lee un informe, cuyo resumen es como sigue:

Las investigaciones en cuestión tienen por punto de partida la observación en los tumores malignos (particularmente en los cánceres) de blastomicetos que, aislados ó inoculados á los animales, son susceptibles de determinar una verdadera infección cancerosa. Los autores han tratado de inmunizar diversos animales con esos blastomicetos; no han obtenido un suero activo sino en las aves (palomas, gallinas, gansos).

Con el fin de demostrar la actividad de ese suero, los Doctores Vlaïev y de Hotman de Villiers han inoculado con blastomicetos un cierto número de ratas, que dividieron en dos series.

A los animales del primer grupo se les ha inyectado cada semana de 0.5 cc. á 1 cc. de suero; todos se mantuvieron en buen estado. En cambio, todas las ratas de la segunda serie, que fueron abandonadas á sí mismas, sucumbieron á una infección cancerosa generalizada.

Basándose en estos resultados experimentales, los autores han inyectado su suero á varios cancerosos, y dos de estos enfermos han sido presentados á la Academia como muy mejorados.

El ponente hace notar, desde luego, que si la naturaleza parasitaria del cáncer es probable, su demostración no ha sido hecha todavía. No pueden asimilarse, efectivamente, á verdaderos tumores cancerosos las neoplasias observadas por los Dres. Vlaïev y de Hotman de Villiers en sus animales.

En lo que concierne á la acción curativa del suero de que se

trata, el Dr. Lucas-Championnière declara que, según sus observaciones y las de cierto número de Cirujanos, las inyecciones de ese suero, si bien son inofensivas, no disfrutan de ninguna eficacia positiva sobre la marcha y la evolución del cáncer; hasta ahora, en efecto, no han dado ni curación ni nada que indique una tendencia á la curación. Bien es verdad que ciertos tumores han parecido modificados en sentido favorable; pero, sobre que esas modificaciones han sido temporales, no se sabe si se hubieran ó no producido igualmente á seguida del empleo de cualquiera otra medicación.

La intervención quirúrgica continúa siendo, pues, el tratamiento de preferencia de los tumores cancerosos, pudiendo ser ensayada la seroterapia sólo en los enfermos reconocidos como inoperables.

M. Berger confirma los hechos expuestos por el Dr. Lucas-Championnière. Como él, ha notado la completa inocuidad de las inyecciones del suero de que se trata; pero, en honor de la verdad, declara que si algunos de los sujetos atacados de tumores cancerosos (por lo demás, inoperables), que él ha confiado al Dr. Vlaïev, han sido mejorados por algún tiempo, lo mismo desde el punto de vista local que desde el punto de vista general, ninguno de ellos, sin embargo, ha curado, ni ha presentado siquiera un comienzo de curación.

(*Acad. de Med. de Paris*).

*
*
*

Medicación cacodilica en los niños.—Desde hace algún tiempo se administra, corrientemente, el cacodilato de sosa á los adultos; pero la acción de este remedio en los niños es aún poco conocida. Pues bien; el Dr. Rocaz, jefe de clínica de las enfermedades de los niños en la Facultad de Medicina de Burdeos, después de haber empleado la medicación cacodilica en sujetos de corta edad en más de 80 casos, de los cuales unos 60 han sido estudiados por él hasta el final del tratamiento, ha podido asegurarse de que el cacodilato de sosa en solución acuosa, administrado por la vía bucal dos veces por día á la mitad de las comidas, es tolerado perfectamente por los niños, y da en ellos resultados muy favorables, especialmente en la anemia de los recién nacidos y en la tuberculosis incipiente.

Desde este punto de vista de la posología, nuestro colega indica, como cantidades máximas para veinticuatro horas, 0 gr. 03 ó 0 gramos 04 centigr., de 10 á 15 años; 0 gr. 02 ó 0 gr. 03 centigr., de seis á 10 años; 0 gr. 01 centigr., á tres ó cuatro años; y una fracción de centigramo para los niños inferiores á esta edad.

Antes de empezar esta medicación hay que examinar siempre el estado de los riñones, luego tantear la susceptibilidad del organismo con respecto al cacodilato; finalmente, en el curso del tratamiento, conviene suspender á menudo el uso del remedio para evitar su acción acumulativa.

Usando de estas precauciones, el Dr. Rocaz no ha notado nunca el olor aliáceo del aliento, ni ninguno de los accidentes tales como

diarrea, vómitos, erupciones cutáneas, congestiones, etc., que se han observado á veces en los sujetos adultos sometidos al uso del cacodilato de sosa.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Ictericia grave.—En la actualidad, la ictericia grave dista de ser considerada como una enfermedad fatalmente mortal. Sin embargo, ciertos autores han emitido, y recientemente aún, la hipótesis de que las pretendidas curaciones de esta afección no son otra cosa que simples suspensiones del proceso morboso, siendo éste susceptible de reanudar su evolución bajo la influencia de una condición predisponente cualquiera. El caso publicado por el Dr. Roudsky viene á contradecir esta opinión y merece, bajo este concepto, ser conocido, tanto más cuanto que la curación de la ictericia grave, sin ser una cosa absolutamente rara, no se observa, sin embargo, sino en la proporción de 2 á 4 por 100 de los hechos.

Tratábase de una mujer de 24 años de edad, que fué acometida, durante un embarazo, de trastornos digestivos y cerebrales (delirio, estado soporoso é inconsciencia) con ictericia. Estos síntomas, unidos á la presencia de montones globulares de leucina en las orinas, á la hipertrofia del bazo y á una disminución considerable de la macidez hepática, no podían dejar ninguna duda acerca de la naturaleza de la afección: era evidentemente cuestión de una atrofia amarilla aguda del hígado. A los dos días de haberse iniciado la enfermedad, la paciente presentó contracciones uterinas dolorosas y parió, estando á los siete meses de gestación, un infante vivo, pero que no tardó en sucumbir. A seguida de este parto prematuro, observóse en el estado general de la enferma una mejoría bastante sensible; sin embargo, la disminución de la macidez hepática, lejos de retroceder, se volvió aún más acentuada, tanto que al sexto día de la afección esa macidez no medía más—en dirección vertical—que tres centímetros y medio sobre la línea media y ocho centímetros y medio sobre la línea mamelonar. Luego, en el espacio de ocho días, el hígado recuperó su volumen normal, al mismo tiempo que la convalecencia continuaba operándose sin accidentes. Pues bien; tres meses después de haber salido del hospital, esa mujer volvió á quedar en cinta, el parto se hizo regularmente y á su debido tiempo, sin que el embarazo—que había desempeñado el papel de factor etiológico con respecto á la ictericia grave—hubiese tenido esta vez la menor resonancia sobre la glándula hepática. La curación se sostiene desde hace año y medio.

(*Vratch.*)

*
**

La operación de Nassilov.—M. Andrés F. Llobet: En 1888 fué cuando Nassilov, después de haber estudiado en el cadáver el

acceso de la porción torácica del esófago por el mediastino posterior, propuso que se utilizara esta vía en la terapéutica de las afecciones que radican en la porción mediastinal del esófago. Rehn ha puesto en práctica esta indicación para un caso de cáncer y para una estenosis cicatricial del esófago. A su vez, el Dr. Llobet ha empleado el mismo método, siguiendo exactamente la técnica de Nassilov, en una joven que se hallaba atacada de estrechez esofágica, situada á 26 centímetros de los incisivos; la lesión, consecutiva á la absorción de un líquido cáustico, había ya reclamado la gastrotomía.

Habiendo hecho una incisión vertical á unos cuatro dedos de la columna vertebral, del lado izquierdo, resecao las cuarta, quinta, sexta, séptima y octava costillas en una longitud de cinco centímetros, y despegado la pleura parietal sin abrirla, el autor pudo, guiándose sobre una sonda olivar introducida en el esófago, incidir sucesivamente dos estrecheces, colocadas la una encima de la otra. Una sonda blanda de caucho fué conducida por las fosas nasales hasta el estómago, á fin de conservar el calibre del esófago, que no fué suturado. La intervención fué terminada por una sutura parcial de las heridas musculares y de la piel, dejando un tubo de drenaje en la parte media de la incisión.

La operación fué laboriosa, en razón al sitio de las estrecheces sobre el segmento del esófago que se inclina á la derecha, habiendo sido practicada la incisión á la izquierda; y por lo que respecta á la segunda estrechez, sobre todo, el Dr. Llobet cree que hubiera sido preferible operar del lado derecho. La enferma sucumbió el octavo día de resultas de una pleuresía purulenta.

El autor, á propósito de esta observación, declara que la operación de Nassilov le parece indicada para las estrecheces poco permeables ó infranqueables del esófago, para la extracción de cuerpos extraños y la abertura de los abscesos del mediastino posterior, y, finalmente, para la ablación de ciertos tumores; pero entiende que es inaplicable á la mayor parte de los casos de cáncer del esófago, á causa de las dificultades de una exeresis en grande escala, y, sobre todo, de una sutura perfecta de los dos extremos del conducto resecao. Al igual que Nassilov, aconseja que se haga la incisión á la izquierda para la parte superior del esófago torácico, y á la derecha para su parte inferior.

(Rev. de chir.)

* * *

Trabajo muscular en los convalecientes.—El Dr. Stähelin había estudiado la influencia del trabajo muscular sobre la actividad cardíaca de los individuos sanos. El esfuerzo impuesto á los sujetos en experimentación consistía en un movimiento de ascensión de escalera sobre el *ergostato* de peldaños movibles de Jaquet. Este procedimiento tiene la ventaja de permitir una evaluación fácil en kilogrametros del esfuerzo realizado; la altura á que el paciente ha

elevado el peso de su propio cuerpo se halla representada por el número de peldaños subidos, multiplicado por 0'20 centímetros, altura de un peldaño.

Estas investigaciones habían llevado al autor á los resultados siguientes: primero, todo trabajo muscular provoca una reacción del corazón, variable como intensidad de un individuo á otro; para el mismo sujeto, la intensidad de esta reacción aumenta por razón de la cantidad de trabajo ejecutado; no existe, sin embargo, una proporcionalidad absoluta entre estos dos valores, estando la reacción cardíaca influida, además, por diferentes factores internos y externos; segundo, después de un esfuerzo, el corazón sano tiende á recobrar rápidamente la normalidad de su ritmo; tercero, el hábito del corazón á un mismo trabajo, repetido varios días seguidos, se manifiesta por una duración más corta de la reacción, y por un retorno más rápido al estado normal.

En la segunda serie de investigaciones, cuyos resultados expone en su trabajo, el Dr. Stähelin ha examinado á ciertos convalecientes de enfermedades agudas. Ha observado que, en sujetos que lo estaban de fiebre tifoidea, un trabajo de 1.000 kilográmetros próximamente, ejecutado en tres minutos, va seguido de un aceleramiento considerable del pulso, que puede aumentar de 40 á 50 pulsaciones por minuto, al paso que el mismo trabajo, en un hombre sano, no produce sino una elevación pasajera, que varía de ocho á 20 pulsaciones. La diferencia es aún más evidente después de un trabajo de 3.500 kilográmetros, el cual determina, en el convaleciente, un aceleramiento de 40 á 50 pulsaciones como promedio, pero pudiendo llegar á 70 pulsaciones por minuto. Pues bien; en el individuo normal, es necesario un trabajo de 10.000 kilográmetros—trabajo que no han podido ejecutar los convalecientes—para provocar una reacción parecida.

Además, en los sujetos de referencia, el aceleramiento persiste durante mucho más tiempo que en el hombre sano, el retorno al ritmo normal es más tardío, y la adaptación orgánica no se produce; verdad es que en algunos casos se puede notar una reacción más corta durante los primeros días de una serie de experimentos; pero más adelante, la reacción aumenta de nuevo en intensidad y en duración, quedando, por lo demás, idénticas todas las condiciones. El autor considera esta anomalía como el resultado de una fatiga del corazón, aun cuando el trabajo que determinaba esa anomalía fuese relativamente débil y no hubiese sido nunca prolongado más de nueve minutos.

En los convalecientes de neumonía franca, el aceleramiento del pulso, después de un trabajo de 1.000 kilográmetros, si bien se presenta un poco más acentuado que en los individuos normales, se mantiene mucho más débil que en los dotientéricos. A seguida de un trabajo de 3.500 kilográmetros, el aumento del número de las pulsaciones no excede generalmente mucho del que se observa en el hombre sano. En cambio, el período de retorno á la normalidad

presenta á menudo una circunstancia notable: es una disminución marcada del número de las pulsaciones, que sobreviene de dos á cinco minutos después del trabajo. En ese momento, la frecuencia del pulso baja sensiblemente á una cifra inferior á la inicial; prodúcese una verdadera bradicardia, que desaparece al cabo de poco tiempo para ser reemplazada de nuevo por un ligero aceleramiento.

Nótase á veces la misma tendencia en los tífóxicos, y también, aunque más raramente aún, en ciertos individuos sanos. Minassian señaló ya, hace algunos años, que el paso de la posición vertical á la posición horizontal tiene por efecto el provocar, en los neumónicos, una disminución en el número de pulsaciones con tensión elevada; de ahí que el Dr. Stähelin considere este fenómeno como un efecto nervioso, resultante, por una parte, de una excitación de los nervios moderadores del corazón, y, por otra, de un aumento de la tensión vascular y de la presión sanguínea.

El retorno al estado normal, después de un trabajo de 1.000 y de 3.500 kilográmetros, se realiza, en los sujetos convalécientes de neumonía, poco menos que normalmente. La reacción es, sin embargo, irregular; á veces el pulso parece haber recobrado el promedio de su frecuencia, cuando súbitamente el aceleramiento reaparece sin motivo; ó bien el retorno al estado normal, que se produce un día, deja de producirse al día siguiente, para reaparecer al tercer día. Así, por ejemplo, en un caso, el autor observó que el número de las pulsaciones se había vuelto normal, el primer día, al cabo de treinta minutos; más adelante esta *restitutio ad integrum* faltó constantemente, lo cual parece ser debido á una fatiga del corazón, debilitado por la enfermedad.

Después de un trabajo de 10.000 kilográmetros, el aumento de frecuencia del pulso es aún marcado al cabo de treinta minutos. Finalmente, la adaptación orgánica al esfuerzo deja de producirse de ordinario después de la neumonía.

Existe, pues, una diferencia sensible entre el efecto de la fiebre tifoidea y el de la neumonía sobre el músculo cardíaco. A seguida de la primera de estas afecciones, nótase siempre que la irritabilidad cardíaca resulta aumentada, lo cual se manifiesta por la frecuencia del ritmo antes del trabajo y por la exageración de la reacción después de un ligero esfuerzo muscular. En los neumónicos, la taquicardia inicial falta generalmente, y el corazón no reacciona gran cosa bajo la influencia del trabajo muscular. No por ésto dejan de observarse ciertas anomalías; la facultad de retorno á la normalidad y la adaptación orgánica al esfuerzo aparecen disminuídas, al paso que ciertos centros nerviosos presentan una excitabilidad que no se observa en el mismo grado en los individuos sanos, y que se traduce por una bradicardia transitoria.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*)

*
*
*

Del atascamiento venoso por compresión del tórax.—M. G.

Perthes había llamado la atención de los Cirujanos, hace poco tiempo, acerca de un síndrome particular producido por la compresión violenta del abdomen y del tórax, y consistente en una intensa hiperemia venosa de la cabeza y del cuello, con formación de equimosis múltiples. Una nueva observación, recogida en el servicio clínico del Dr. Trendelenburg, en Leipzig, viene á confirmar el valor de este síndrome.

Una mujer de 27 años fué cogida á nivel del tórax entre dos partes de una máquina de hilar. Un testigo del accidente notó que en el momento de la compresión el rostro de la herida se amarató y que sus ojos se abultaron en extremo. La máquina se detuvo espontáneamente y la paciente pudo ser librada de su posición al cabo de unos treinta segundos próximamente.

A su llegada al hospital, tenía un pulso pequeño, aunque regular, latiendo 104 veces por minuto; la cabeza estaba entumecida, los labios habían engrosado, los ojos parecían fuera de las órbitas, los párpados estaban hinchados; la cara presentaba un tinte azulado obscuro y difuso, con numerosas sugilaciones miliares. Esta coloración especial se extendía hasta la mitad del cuello y contrastaba marcadamente con la piel normal. Podían observarse también, á nivel de las clavículas y del hombro derecho, gran número de pequeños equimosis, cuya posición formaba un dibujo que reproducía las costuras y pliegues de la camisa de la herida.

Un examen más minucioso permitió notar asimismo la presencia de pequeños equimosis subconjuntivales. El meato auditivo encerraba en ambos lados sangre fresca, y el *speculum auris* reveló la presencia de numerosos equimosis miliares en los dos tímpanos, una extravasación más extensa en la periferia del tímpano izquierdo, y la rotura del tímpano derecho. Las mucosas bucal y faríngea estaban cianosadas y presentaban numerosos equimosis. La clavícula izquierda estaba fracturada en su centro, así como las séptima y octava costilla del lado derecho. El abdomen no ofrecía nada de particular; las orinas no contenían nada de albúmina.

La tumefacción de la cabeza disminuyó rápidamente y desapareció por completo al cabo de ocho días; las extravasaciones sanguíneas, que palidieron igualmente muy aprisa, persistieron mucho más á nivel de los párpados y de las conjuntivas. El estado general se mejoró á no tardar y la curación se obtuvo sin complicación.

Investigaciones practicadas en el sitio donde ocurrió el accidente demostraron que el tórax, que medía en estado normal—á nivel de la parte comprimida—33 centímetros de diámetro, había quedado reducido á 20 ó 25 centímetros. La compresión no había podido llegar á producirse hasta el abdomen. El dibujo reproduciendo las costuras y los pliegues de la camisa, que hemos mencionado anteriormente, se explica por el hecho de que esta prenda interior, estrechamente aplicada sobre el cuerpo en el momento del accidente, había impedido, por su presión, que las extravasaciones sanguíneas se produjeran á nivel de sus pliegues.

Unos experimentos llevados á cabo por el Dr. Perthes sobre conejos, no consiguieron sino ocasionar la formación de equimosis muy ligeras en las orejas. El autor atribuye este resultado negativo á que la vená yugular, en dicho animal, está provista de fuertes válvulas, al revés de lo que ocurre en el hombre.

(*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*)

*
**

Tuberculosis quirúrgicas.—Desde hace próximamente seis meses, el Dr. A. Fränkel, privatdocente de cirugía en la Facultad de medicina de Viena, ha sustituido el yodoformo por los polvos esterilizados de carbón en el tratamiento de las tuberculosis locales.

Después del vaciamiento de los fragmentos óseos y de todos los tejidos tuberculosos, nuestro colega llena la herida operatoria con glicerina, conteniendo en suspensión 10 por 100 de polvos de carbón animal, preparados exclusivamente con huesos y esterilizados durante diez ó doce horas en el autoclave á 150° ó 160°; luego sutura la incisión cutánea lo más herméticamente posible y aplica una cura aséptica, que deja en permanencia durante dos ó tres semanas.

Cuando es imposible la oclusión completa de la solución de continuidad por medio de suturas, introduce en la herida unas tiras de lienzo (*calicot*) blanco, impregnadas de una mezcla de glicerina, de alcohol y de polvos de carbón esterilizados; esas tiras son de nuevo esterilizadas en un aparato de desinfección á vapor. Al cabo de ocho días retira el apósito y procede á la extracción del tapón.

Lo que llama desde luego la atención en los sujetos tratados de este modo, es que no se observan las elevaciones considerables de temperatura que de ordinario sobrevienen y persisten durante algunos días, á seguida de las inyecciones de glicerina yodofórmica. Sólo en algunos casos el Dr. Fränkel ha notado una fiebre pasajera, que no excedió nunca de 38°.

Cuanto á la influencia ejercida por los polvos de carbón sobre la herida operatoria, ha sido, en las observaciones de nuestro colega, tan favorable como la del yodoformo. Al igual que este último medicamento, los polvos de carbón tienen por efecto el hacer cesar las secreciones, favorecer la proliferación celular y producir una cicatrización rápida, la cual, hasta hoy, no ha ido seguida nunca de recidiva local.

En los ensayos del Dr. Fränkel, los polvos de carbón no se han mostrado inferiores al yodoformo sino como agente de desodorización. De ahí que, cuando se trata de cura radical de otorrea crónica ó de necrosis maxilar con flujo fétido, es ventajoso emplear el yodoformo. Pero, abstracción hecha de este caso especial, donde quiera que es cuestión de estimular el desarrollo de los mamelones carnosos, así como la cicatrización de las heridas recientes, y de hacer cesar las secreciones, los polvos de carbón deben de ser preferidos al yodoformo.

Un solo inconveniente, por lo demás inevitable, de este método,

consiste en que determina á veces una pigmentación negruzca de la cicatriz, debida á que, en el momento de la cura, ha podido penetrar algún grano de carbón en el espesor del dermis.

(*La Sem. Méd.*)

* *

Microbio del chancro blando.—MM. Bezaçon, Griffon y Le Sourd: Hé aquí unos cultivos del bacilo que Ducrey ha descripto como agente patógeno del chancro blando; esos cultivos proceden de enfermos diferentes, los unos directamente, por siembra de pus del chancro primitivo, de un chancro de inoculación ó de un bubón chancroso; los otros indirectamente, por picaduras sucesivas.

El medio nutritivo que nos ha permitido realizar esos cultivos es la sangre gelosada de conejo. Sobre este medio se ven aparecer, al cabo de veinticuatro horas, unas colonias redondeadas, hemisféricas, brillantes, que después de cuarenta y ocho horas se vuelven á menudo opacas, grisáceas y poco voluminosas. Cuando se toman esas colonias para el examen microscópico se alejan ante el hilo de platino y, sobre lámina, son difíciles de disociar. Están formadas de bacilos, ora aislados, ora agrupados paralelamente en montones, ora reunidos en cortas cadenitas. La morfología de estos microorganismos es la que Ducrey, Unna y Ch. Nicolle, atribuyen á las formas halladas en el pus y en los cortes del chancro.

En el líquido condensado en el fondo de los tubos de cultivo, el microbio toma un aspecto muy especial; se dispone en cadenitas delgadas y flexuosas, á menudo de una longitud considerable.

La vitalidad y la virulencia de este bacilo se conservan durante mucho tiempo en el medio de referencia. Con una colonia procedente de un cultivo de undécima generación, hemos reproducido un chancro blando típico.

El bacilo de Ducrey se desarrolla igualmente sobre el suero no coagulado de conejo. El medio se enturbia ligeramente y presenta pequeños copos; al microscopio, los microbios aparecen en cadenitas de mediana longitud, muy flexuosas y entrecruzadas. Pero la vitalidad de los mismos es, en ese medio, de corta duración.

La «sangre gelosada» resulta, pues, el mejor medio para el cultivo del microbio del chancro blando; puede ser utilizado para el diagnóstico de esta afección, y, en lo sucesivo, hará prescindir de que se recurra á la prueba de la autoinoculación.

(*Soc. de Biol.*)

* *

Anestesia local de agua oxigenada.—Según el Dr. H. E. Kendall (de South Sydney), el agua oxigenada, inyectada debajo de la piel, produce una anestesia local suficiente para ciertas pequeñas intervenciones operatorias. Nuestro colega, por ejemplo, con auxilio de este procedimiento de insensibilización, ha podido abrir abscesos y hasta incindir la pleura y el peritoneo sin hacer sufrir á sus

pacientes. Este efecto analgésico del peróxido de hidrógeno es debido, no á la absorción del oxígeno, como pudiera suponerse, sino á la presión ejercida por el desprendimiento abundante de ese gas en el tejido celular subcutáneo, presión tan considerable que la piel toma la consistencia del tejido congelado.

(*La Sem. Méd.*)



BIBLIOGRAFÍA

González y García (D. José), Médico mayor.—*Cartilla del practicante de regimiento.*

Las necesidades del servicio sanitario, tanto en paz como en guerra, imponen una determinada organización, que cumpla en orden económico y en orden científico con las modalidades que puedan ofrecerse en la aplicación de dichas necesidades sanitarias. Y mientras que lo ideal no se supedita á lo práctico, la realización útil de cualquier servicio estará aminorada en todo aquéllo que se distancie de los hechos previstos dentro de lo prácticamente aplicable.

Numerosas pueden ser las circunstancias en la vida militar, en las cuales no se cuente por el momento con auxilios médicos inmediatos ni con medios curativos apropiados en determinados accidentes, que, tardíamente tratados, quizá adquieran una gravedad incomparablemente mayor que si de momento, y aun de modo elemental, hubieran sido atendidos.

Este hecho positivo ha determinado siempre el propósito de organizar un servicio auxiliar sanitario, cuyo personal tuviera, como es consiguiente, la instrucción técnica suficiente para cumplir semejantes necesidades; procurando que, como consecuencia de su instrucción, supieran mantenerse en los justos límites que sus conocimientos les habían de permitir y autorizar, sin excederse por ignorancia ni dejar de intervenir por temor.

Para conseguir esta instrucción se han publicado muchos libros, y la inmensa mayoría han resultado incompletos ó poco prácticos,

aunque es necesario convenir en la grandísima dificultad que se ofrece para confeccionar una obra que llene tan delicados fines. De los pocos buenos que conozco, no creo estar equivocado si afirmo que el del Médico mayor Sr. González García puede contarse entre los pocos que cumplen á la perfección la difícil facilidad de compendiar de modo claro, agradable y completo, todo cuanto conviene sepa un buen practicante de regimiento, quien por su condición de ser elegido para tal cargo ha de tener la instrucción elemental general suficiente y el buen juicio y sentido común necesario para digerir lo que de modo tan metódico, práctico, elemental y rigurosamente científico expone el Sr. González García en sus conferencias dadas en el regimiento Caballería de Farnesio, cuando siendo Médico primero á él pertenecía, y ahora amplía en una 2.^a edición, que es de esperar se agote tan rápidamente como la primera.

No creo que sobre nada en su obra, como él teme que algunos digan; ni tampoco creo tenga deficiencias, dado el fin que motiva su publicación.

Sobre el mérito positivo de esta obra, por su objeto y su substancia, destácase también la forma de su redacción, siendo digno de aplauso el que, sin caer en la pedantería de un tecnicismo impropio, esté escrito el libro en lenguaje científico, lo suficientemente vulgar para ser fácilmente comprendido y retenido por aquéllos á quienes se dedica.

Reciba el Sr. González García mi más sincera enhorabuena por su libro, que es de los de la difícil facilidad de confeccionar.

M. SLOCKER,
Médico primero.

SECCIÓN PROFESIONAL

BANDERAS Y ESTANDARTES

«Circular.—Excmo. Sr.: Visto el escrito que en 1.º de Agosto último dirigió á este Ministerio el Comisario Regio, presidente de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la

Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que la bandera nacional que, con arreglo al artículo 7.º del Convenio Internacional firmado en Ginebra en 22 de Agosto de 1864, debe acompañar en todo caso á la de dicha benéfica institución, sea de la misma forma y dimensiones que aquélla á que acompañe; la anchura de la faja amarilla será la mitad de la total anchura, y la de cada una de las fajas rojas un cuarto de la misma; el escudo tendrá cuatro cuarteles cruzados de Castilla y León, con la corona real, y su altura será igual á un medio de la faja, en cuyo centro campea, y á la mitad de distancia de dicho escudo al asta y borde exterior del pabellón, llevará sobre la faja central, en armonía con lo que dispone el artículo 4.º del Real Decreto de Marina de 10 de Diciembre de 1878, las iniciales C. y R., respectivamente, en una y otra cara de la bandera, de color azul y de dimensión proporcionada.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 2 de Noviembre de 1900. —Linares.—Sr.....»

*
* *

CRUCES

«Circular.—Excmo. Sr.: La Real Orden Circular de 6 de Noviembre de 1814, creando la medalla de sufrimientos por la Patria para los prisioneros, y las disposiciones aclaratorias á la misma, previenen que para justificar el derecho á este distintivo deberá efectuarse en cada caso una información testifical, acreditando haber experimentado el interesado padecimientos extraordinarios durante su cautiverio; pero en las actuales circunstancias, considerando lo difícil que para los numerosos prisioneros de los tagalos ha de ser recordar y señalar los testigos que comprueben los sufrimientos, vejámenes y peligros que han padecido, y que la ignorancia del derecho que tienen adquirido privaría á millares de soldados de la merecida distinción, que han ganado á costa de inauditos sufrimientos á que han estado sujetos en Filipinas en su largo cautiverio, y de acuerdo con lo informado por el Consejo Supremo de Guerra y Marina, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer:

1.º A los Generales, Jefes, Oficiales y tropa y sus asimilados del ejército y armada que cayeron prisioneros de los insurrectos filipinos y hayan sido repatriados, por el sólo hecho de haber estado en poder de aquellas turbas ó fuerzas irregulares en país en donde se carecía de re-

cursos hasta para alimentarse, cualquiera que fuese el tiempo de su cautividad, se les considerará merecedores de ostentar la medalla de oro ó plata de sufrimientos por la Patria, anotándose desde luego la concesión de este distintivo en las hojas de servicio y filiaciones de los interesados.

2.º Para los empleados civiles y paisanos que corrieron igual desgraciada suerte que los expresados anteriormente, subsistirá la información testifical, promovida á instancia de los que se consideren acreedores á merecer dicha medalla, pero limitada á demostrar únicamente que han estado prisioneros de los tagalos. Sus exposiciones justificadas las presentarán al Capitán General ó Comandante general de la Región respectiva, y estas autoridades las cursarán directamente á este Ministerio, con su informe, para la resolución de S. M.

3.º En cuanto á los que fueron hechos prisioneros de guerra de los norteamericanos, y, como tales, tratados con la humanidad propia de un país civilizado, no sufriendo, en general, maltrato ni penalidades, queda en toda su fuerza y vigor la citada Real Orden de 6 de Noviembre de 1814, por si en algún caso particular se hiciese necesaria su aplicación.

4.º Los Capitanes Generales procurarán que se dé á esta disposición la mayor publicidad posible.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Noviembre de 1900.—
Linares.—Sr.....»

NECROLOGÍA

Don Juan Merino y Aguinaga.—Nació en Alfaro (Logroño) el día 3 de Julio de 1840, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en 13 de Junio de 1865.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de segundo Ayudante médico, por Real Orden de 27 de Enero de 1866,

siendo destinado al batallón Cazadores de Barcelona. Sirvió también en el hospital militar de Alhucemas, ejército del Norte, regimiento Caballería de Castillejos, hospital militar de Granada, Academias de Infantería y general militar, y hospitales de Logroño y Burgos.

Por Real Orden de 23 de Julio de 1895 fué destinado al ejército de la Isla de Cuba, prestando sus servicios en la Brigada Sanitaria y hospitales de Puerto Príncipe y Alfonso XIII hasta Marzo de 1898, que regresó á la Península en uso de licencia por enfermo, permaneciendo de reemplazo hasta Septiembre de 1899 que fué nombrado Director de la Academia Médico-militar, y posteriormente del Parque Sanitario, cuyo destino servía al fallecer en esta Corte el día 23 de Enero próximo pasado, á consecuencia de un padecimiento agudo del pulmón.

Los empleos efectivos del Cuerpo los obtuvo en las fechas siguientes: Médico primero, 6 de Septiembre de 1873; Médico mayor, 3 de Diciembre de 1886; Subinspector médico de segunda clase, 1.º de Febrero de 1893, y Subinspector médico de primera clase, 18 de Enero de 1896. Por méritos de guerra le fueron concedidos el grado de primer Ayudante médico, en 28 de Septiembre de 1868; el grado de Médico mayor, en 21 de Diciembre de 1869; el empleo de primer Ayudante médico, supernumerario, en 7 de Agosto de 1872; el grado de Subinspector de segunda, en 20 de Marzo de 1874; y el empleo de Médico mayor, supernumerario, en 12 de Marzo de 1875.

Estaba en posesión de las condecoraciones siguientes: cruces de Cristo de Portugal, roja de primera clase, blanca de segunda clase y rojas de tercera clase, con y sin pensión; medallas de la Guerra civil y de Cuba.

* * *

Don Rafael Piernas y Hurtado.—Nació en Badajoz el día 15 de Febrero de 1851, y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Madrid el 24 de Junio de 1871.

Por Real Orden de 29 de Enero de 1872 ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de segundo Ayudante médico, y fué destinado al regimiento Infantería de Cádiz, y posteriormente al de Cantabria. Nombrado en Diciembre de 1872 para formar parte del ejército expedicionario de Cuba, fué anulado dicho nombramiento en Enero siguiente y quedó de reemplazo hasta Marzo de 1873, que fué destinado á la fábrica de Trubia, y posteriormente al hospital militar de Madrid, batallón Cazadores de la Habana, Dirección general del Cuerpo, Brigada Sanitaria, hospital militar de Guadalajara, segundo regimiento de Artillería de montaña y Secretaría de la Subinspección de Castilla la Nueva.

Destinado á Puerto Rico por Real Orden de 12 de Junio de 1885, llegó á dicha Isla en 12 de Octubre siguiente, prestando sus servicios en el hospital militar de San Juan. Regresó á la Península en Abril de 1894, y en Enero siguiente fué destinado al hospital militar de Alcalá de Henares, y posteriormente al hospital de Zaragoza y á la Junta Consultiva de Guerra.

Por Real Orden de 28 de Septiembre de 1897 pasó al ejército de Cuba, y á su llegada á dicha Isla fué destinado al hospital de Santiago de las Vegas, donde permaneció hasta su regreso á la Península, como repatriado, en Enero de 1899. En Marzo del mismo año fué nombrado, en comisión, para la Junta Consultiva de Guerra, en cuyo destino cesó en Febrero de 1900, quedando en situación de excedente.

Falleció en esta Corte el día 2 del presente mes, á consecuencia de un padecimiento renal.

Obtuvo el empleo de Médico primero del Cuerpo en 11 de Agosto de 1874, el de Médico mayor en 22 de Septiembre de 1887, y el de Subinspector médico de segunda clase en 29 de Julio de 1896. Por Real Orden de 20 de Mayo de 1876 se le concedió el grado de Médico mayor por mérito de guerra, y por otra de 12 de Junio de 1885 el empleo de Médico mayor de Ultramar.

Estaba en posesión de las cruces roja y blanca de primera clase del Mérito Militar, y de las medallas de Bilbao, Alfonso XII y Gue-

rra civil, con los pasadores de Santa Bárbara, Estella, San Marcos é Irún.

*
* *

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR se asocia al sentimiento general producido en el Cuerpo por la irreparable pérdida de Jefes tan distinguidos.



VARIEDADES

En el presente mes de Febrero han sido amortizadas dos vacantes de Subinspector médico de primera clase.

*
* *

ASOCIACIÓN FILANTRÓPICA DE SANIDAD MILITAR.—En la junta general de la misma, celebrada el día 11 de Enero del presente año, se tomaron los acuerdos siguientes:

Se accedió á lo solicitado por Doña Feliciano Aenlle, tutora de los menores del socio fallecido D. José Franco y Manzano, determinándose la entrega de la cuota funeraria á los herederos que justifiquen derecho legal á percibirla, con arreglo al Reglamento de la Sociedad.

Fué denegada la petición hecha por el socio dado de baja D. Antonio Flores Bonilla.

Se dió por terminado el plazo para el ingreso sin cuota de entrada de los Sres. Jefes y Oficiales procedentes de Ultramar, que habían pertenecido á la Sociedad antes de su destino á aquellos distritos.

Fué elegido Presidente efectivo el Sr. Inspector médico D. Pedro Gómez y González; reelegidos en los cargos de Vocal 1.º, Tesorero y Secretario, respectivamente, los Sres. D. Antonio Jiménez de la Parra, don Emilio Iglesias y Serrano y D. Eugenio Montero y Orejón, y confirmado en el de Vocal 5.º D. Doroteo Segura, nombrado para este cargo por la junta directiva.

Y fueron aprobadas las cuentas de Tesorería, existiendo un remanente de 17.201'11 pesetas, no obstante haberse satisfecho durante el año, sólo en concepto de cuotas funerarias, 24.000 pesetas, correspondientes á 12 socios fallecidos en el mismo.