

LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Y LA

REVISTA DE CLÍNICA, TERAPÉUTICA Y FARMACIA

SUMARIO

LA SEROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ERISPELA, por D. V. Plaza y Blanco.—URETRITIS BLENORRÁGICA, por D. E. Pedraza, Médico primero.—ESTUDIO TERAPÉUTICO DE LA ANTIFEBRINA, DE SUS COMPUESTOS Y DERIVADOS, por el Dr. D. Emilio Pérez Noguera, Médico primero.—LA ESTADÍSTICA SANITARIA: *Cómo puede ser más provechosa*, por D. Federico G. Deleito, Médico segundo.—SECCIÓN OFICIAL.—NECROLOGÍA: *D. José Martínez García Diego*, Subinspector Médico de primera clase.—REAL ACADEMIA DE MEDICINA: *Programa de premios para 1903 y 1904*.—HECHOS DIVERSOS.—*Movimiento del personal médico-farmacéutico*.

LA SEROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ERISPELA

Desde que el gran Trousseau y Wolkman declararon infundada la división de la erisipela en médica y quirúrgica, todos consideran esta enfermedad como una infección local, aguda, acompañada de fiebre alta. Aunque el periodo parasitario de la historia de la erisipela principia en 1868, ya antes, en 1855 Velpeau, y en 1863 Billroth, habían admitido un virus especial, y casi un siglo antes Gregory había expresado, de una manera clara, la naturaleza infectiva de esta afección. Experimentos múltiples, á partir de Hueter, han demostrado el origen microbiano de la erisipela y la existencia del *streptococcus erysipelatis* en los tejidos y vasos de los individuos atacados de la enfermedad: es hoy un hecho indiscutible.

La erisipela es muchas veces digna de un pronóstico benigno; pero á veces es muy grave, y en el mayor número de casos creo no perderá nada el Médico con ser reservado en los juicios que se refieran á su terminación.

Motivo es éste más que suficiente para que desde hace mucho tiempo se venga trabajando con ardor para encontrar un tratamiento racional, eficaz, que nos conduzca á la curación de esta dolencia.

Infinitos tratamientos se han empleado, seguidos todos ellos de éxitos y fracasos. Esto acontece en la terapéutica cuando no es verdaderamente racional y lleva el sello del empirismo antiguo ó moderno, quizás más perjudicial el segundo que el primero, por ir muchas veces adornado con falsas galas que lo hacen aparecer más científico, pero que resulta engañador y nocivo cuando, con punibles atrevimientos, no se fija más que en la enfermedad, y para nada tiene en cuenta las resistencias celulares, aniquilando á éstas antes que consigue destruir al agente infeccioso, único punto de mira para algunos terapeutas.

Sin embargo, hemos de confesar que entre los infinitos tratamientos de la erisipela hay algunos bastante racionales, aunque no hayan sido seguidos de brillantes éxitos y sean además de enojosa y molesta aplicación. Desde las sanguijuelas hasta las inyecciones subcutáneas antisépticas puede decirse que se han ensayado cuantos medicamentos existen en la materia médica. Y es de advertir que gran número de ellos son siempre perjudiciales para las dermatitis, sean ó no infecciosas.

No es la erisipela enfermedad muy á propósito, dicen algunos, para demostrar la eficacia de una terapéutica patogénica. Ciertamente que esta infección tiene muy pequeño coeficiente de mortalidad; pero, al fin y al cabo, enfermedad que da un 5 por 100 de mortalidad por los métodos clásicos, y que es una afección frecuentísima y cosmopolita, bien merece reducir ese coeficiente á 0, y esto supone el ahorro de bastantes miles de existencias.

La terapéutica moderna, racional, patogénica, específica, no hace más que repetir y casi llegar ya á la solución del problema planteado desde la antigüedad: dada una enfermedad, encontrar el remedio que la cura. La solución de este problema creo se ha de encontrar en la seroterapia, medicación específica por excelencia, que constituye el antídoto de los venenos ó veneno microbiano.

Numerosa es ya relativamente la lista de las enfermedades que han sido sometidas á la seroterapia. Por ahora bien pudiéramos hacer de ellas una clasificación clicotómica en los siguientes grupos:

1.^a Enfermedades infectivas en cuyo tratamiento se ha utilizado *con éxito* la seroterapia.

2.^a Enfermedades infectivas en cuyo tratamiento se ha utilizado la seroterapia *con éxito variable*.

Al primer grupo corresponden las enfermedades siguientes: Difteria, peste, rabia, tétanos, estreptococia, carbunelo.

Al segundo grupo pertenecen las siguientes infecciones: Cólera, colibacilosis, lepra, muermo, neumococia, proteobacilosis, pio-cianobacilosis, reumatismo, sarampión, escarlatina, estafilococia, sífilis, tuberculosis, fiebre tifoidea, tífus exantemático, tífus recurrente, viruela.

Como se ve, la seroterapia no se ha aplicado con éxito decisivo más que á un corto número de enfermedades. Esto no quiere decir que esté lejano el día en que resuelva el problema terapéutico, al menos para las incluídas en el segundo grupo. La labor es grande y difícil; pero no vamos á dejar de reconocer que los primeros pasos están andados, y en estas empresas ellos son los que cuestan más trabajo.

La seroterapia antiestreptocócica, aplicada al tratamiento de de la erisipela, es de éxito indiscutible cuando se hace pronto y bien. Hace cerca de un año que hemos tratado seis casos por este procedimiento, todos seguidos de éxito, y en espera de poder presentar estadística más numerosa, hemos aplazado el publicar este modesto trabajo. Como el tiempo corre y ningún otro caso de erisipela grave hemos tenido, hoy nos decidimos á escribir estos renglones, en el deseo de cooperar con nuestras modestas fuerzas á la difusión de la seroterapia antiestreptocócica.

La primera aplicación de la seroterapia al tratamiento de la erisipela fué hecha por Gramakowsky. Los resultados de estas primeras tentativas fueron poco halagüeños. En 1895, el Dr. Marmorek publicó sus éxitos en 46 enfermos de erisipela tratados por el suero antiestreptocócico. Los resultados obtenidos posteriormente con este tratamiento han sido tan variables, que no han decidido aún á los prácticos á echar mano de él como remedio casi infalible en las erisipelas *graves*. Sin embargo, el suero antiestreptocócico tiene un brillante porvenir, y en el tratamiento de la erisipela nos presta inapreciable servicio. Claro está que el suero debemos reservarlo para las erisipelas graves, que son las que dan una mortalidad quizá mayor de la que aparece fijándose en el coeficiente de mortalidad señalado por todos para la erisipela. En verdad que una infección que da sólo una mortalidad de un 4 ó un 5 por 100 no se ha de clasificar entre las mortíferas; pero téngase en cuenta que estas estadísticas abarcan todas las erisipelas, desde las que apenas si se revelan más que por una ligera indisposición y apenas si obligan á guardar cama, hasta aquellas que acusan desde el principio su importancia por fiebre muy alta y síntomas nerviosos con depresión cerebral, debilitación del corazón, y llega á veces á la *leptomeningitis purulenta*. Agrúpanse los casos graves únicamente, y se verá cuán ineficaces son todos los medios empleados clásicamente, y cuán justificada está la aplicación de la seroterapia al tratamiento de la erisipela como medio que, por sus resultados, está llamado á sustituir á todas las medicaciones empleadas hasta la actualidad.

V. PLAZA Y BLANCO.

(Se continuará.)



URETRITIS BLENORRÁGICA

El tratamiento de esta enfermedad ha sido siempre uno de los puntos más difíciles de resolver, y sabemos la importancia que tiene, sobre todo para el Médico militar, pues el número de blenorragicos de nuestros hospitales es por desgracia crecido. Uno de los extremos tratados en sus conferencias por mi distinguido amigo y Profesor de Anatomía patológica Dr. Molz ha sido éste, y en el curso de los cuales nos ha expuesto su tratamiento, deducido de los datos suministrados de la anatomía patológica de la lesión.

También he visto un buen número de uretritis crónicas — de esa gota militar que se eterniza sin que logremos su desaparición — curadas por el procedimiento que detallaré, el cual presenta una estadística muy favorable. Creo prestar un servicio á mis compañeros comunicándoles mis impresiones, por si estiman útil su aplicación, único fin que me mueve á escribir estas líneas.

I

Como quiera que para hacer más lógico mi trabajo tengo que hablar de la anatomía patológica de la lesión, no tan sólo de las uretritis aguda y crónica, sino también de su consecuencia, la estrechez, haré un ligero esbozo de la anatomía é histología del terreno invadido por el gonococus.

La uretra (hombre). — Es un conducto extendido desde el meato hasta el cuello de la vejiga, y cuya misión es dar salida á la orina y al semen; su longitud es de 16 á 18 centímetros, 12 ó 13 para la porción peneana, 1,4 para la membranosa y 3 para la prostática; su calibre es, por término medio, de 9 milímetros en la fosa navicular, 7 á 10 en la porción peneana, 8 á 9 en la membranosa y 11 á 12 en la prostática; adherida en su porción posterior, sigue los movimientos del pene en la anterior; en su estructura existen varias capas (que, como dice Guyón, «hay entre todos sus elementos una verdadera solidaridad anatómica»), y éstas son la mucosa, la espongio-vascular y la muscular.

1.º *La mucosa*. — Tapiza el canal en toda su longitud; presenta pliegues, depresiones y orificios glandulares; su espesor varía según las regiones, pero es de 0,2 á 0,3 milímetros; adhiere íntimamente á la submucosa ó capa espongio-vascular; en ellas se observa su epitelio y su corión.

El primero comprende varias capas de células: las profundas son poligonales ú ovoideas, y las superficiales cilíndricas, teniendo en cuenta que cerca del meato son pavimentosas.

El corión está formado por tejido conjuntivo, en medio del cual

existen muchas fibras elásticas; este tejido avanza y se funde con las dos capas siguientes, por lo que su continuidad es completa. Junto al meato existen papilas. Los orificios que se abren en su superficie son numerosos, y pertenecen al utrículo prostático, á los conductos eyaculadores, glándulas prostáticas y glándulas mucosas, así como á las lagunas de Morgagni y válvula de Guerín, que, como sabemos, se encuentra en la cara interior de la uretra á 1 $\frac{1}{2}$ ó 2 centímetros del meato.

Las glándulas de Littré ó submucosas, situadas en toda la uretra, pero especialmente en la porción membranosa, son raras en la cara posterior del canal y abundantes en las demás; se hallan colocadas entre el tejido eréctil y el muscular, y algunas cubiertas por estas últimas fibras; sus conductos escretorios pueden alcanzar hasta una longitud de 2 á 5 milímetros, estando constituidas por epitelio prismático. Las glándulas de Cowper están situadas encima del bulbo y detrás de la uretra membranosa, en forma de racimo, con epitelio prismático, y sus canales escretorios se fusionan en uno solo, que se abre junto con el del lado opuesto en la parte anterior del fondo de saco bulbar. Su longitud es de 4 ó 5 centímetros; su pared conjuntiva, densa, contiene fibras elásticas y musculares, y su epitelio es cúbico en su origen y cilíndrico en su terminación.

Las glándulas mucosas, propiamente dichas, son simples fondos de saco, con epitelio cilíndrico. Las lagunas de Morgagni se sitúan principalmente en la mucosa peneana, son de diferentes tamaños y de conducto escretor un poco mayor, constituyendo fondos de saco ó depresiones de la mucosa, con epitelio cilíndrico.

2.º *Capa espongio-vascular.* — Ha sido bien estudiada por Quenn: comienza en la región prostática y termina en el glande; formada por haces conjuntivos entrecruzados, limitan espacios ocupados por los vasos; su espesor es pequeño en su origen, pero en la uretra peneana alcanza hasta un milímetro; es rodeada por la capa muscular; pero en la parte más inferior de la porción peneana las fibras musculares desaparecen y el tejido eréctil se confunde con el cuerpo esponjoso.

3.º *Túnica muscular.* — Es muy importante y bien desarrollada en las porciones prostática y membranosa. Se compone de fibras lisas y estriadas y forma los esfínters lisos y estriados en la porción posterior que rodean la uretra, y tiene dos capas: interna, longitudinal, y externa, circular; las fibras lisas proceden de la vejiga; el esfínter estriado colocado debajo del liso, en alguna parte de su trayecto está separado de la uretra por una porción del tejido prostático. En la región membranosa se hallan muy desarrolladas las fibras circulares, que forman un verdadero anillo en unión de las fibras del esfínter estriado (sitio de espasmos y falsas estrecheces). Y, por último, en la porción peneana desaparecen las fibras longitudinales y

quedan sólo las circulares, que poco á poco desaparecen, hasta quedar en contacto los dos cuerpos eréctiles. Como hemos visto, la uretra no tiene sólo fibras musculares lisas, pues en ciertos sitios de su trayecto las posee estriadas, constituyendo los músculos el esfínter estriado, transverso profundo (antiguo músculo de Guthrie) y bulbo cavernoso. Estas capas espongio-vascular y muscular, des-envueltas desde los canales eyaculadores al meato, juegan un papel muy importante en la expulsión del esperma, pues como dice Paul Delbet, la vaina espongio-vascular es tejido eréctil, y además acelera la secreción glandular que se ha de mezclar al semen, mientras que la capa muscular le expulsa por medio de contracciones sucesivas.

Cuerpos cavernosos. — Son dos y están adosados uno al otro, ocupando el centro del pene; unidos en casi todo su trayecto, se separan ante el pubis, para terminar en las ramas del izquiñon por extremidades afiladas, de una longitud de 15 á 20 centímetros, según estén flácidos ó en erección. Su espesor es de 1 ó 2 centímetros; limitan abajo una escotadura para alojar el cuerpo esponjoso y la uretra, y en su cara exterior otra más pequeña para la vena dorsal del pene; están rodeados por la albugínea, tejido conjuntivo denso, que suministra el tabique divisionario de los dos cuerpos; éste es perforado para asegurar la comunicación entre ambos, y de su cara profunda parten láminas conjuntivas ó trabéculas y fibras musculares que limitan areolas — tapizadas por endotelio — de diferentes tamaños, que constituyen las mallas del tejido eréctil; la arteria cavernosa ocupa el centro y se divide en multitud de ramas, muchas de las cuales comunican con las del lado opuesto, atravesando el tabique; la arteria termina en su extremidad anterior, anastomosándose con su congénere; el músculo isquió-cavernoso abraza su raíz.

El cuerpo esponjoso rodea por completo la uretra peneana; comienza en el glande, donde forma su núcleo central, y termina en el bulbo. La uretra membranosa penetra debajo del pubis en el cuerpo esponjoso delante del bulbo. A este nivel, bulbo y uretra membranosa forman un ángulo abierto hacia atrás.

El cuerpo esponjoso tiene su albugínea de tejido conjuntivo denso, pero con muchas fibras elásticas y algunas musculares, cuyo origen conocemos; el tejido eréctil es igual al cavernoso. Es el bulbo su terminación, y está situado en el periné, en contacto con el transverso superficial. Uniendo todos estos órganos que aca-
bo de describir, se halla el tejido conjuntivo laxo.

Próstata. — Es un cuerpo músculo-glandular, situado debajo de la vejiga y que envuelve el origen de la uretra, de 4 centímetros de ancho por 2 1/2 de largo; pesa unos 20 gramos; presenta en su contacto con la cara posterior de la uretra el *veru montanum*, que

es una pequeña salida de 3 milímetros de diámetro; músculo eréctil con tejido conjuntivo, que se continúa con el tejido eréctil de la uretra, del que forma su comienzo. El utrículo prostático ocupa el centro y la base de la próstata; se abre en el centro del *veru*, y su cavidad es casi virtual, su pared es fibro-conjuntiva, con fibras elásticas y musculares lisas, y su cara profunda presenta células cilíndricas. Los canales eyaculadores que proceden de la unión del conducto deferente y vesícula seminal se abren en el *veru*, á los lados del utrículo. El tejido prostático consta de dos elementos: el estroma y las glándulas. Aquél, constituido por tejido conjuntivo, con fibras elásticas y muchas musculares lisas, es una serie de tabiques múltiples, que limitan cavidades en las que se alojan las glándulas; el punto de irradiación de esas diversas trabéculas es el núcleo central, situado junto á la parte posterior de la uretra, y de ahí se dirigen hacia atrás, á los lados y adelante. Las glándulas tienen paredes conjuntivas con fibras musculares, y el epitelio se compone de células cúbicas en la base y cilíndricas en su capa interna; el núcleo se halla en la base. El conducto escretor se dirige á la uretra, es de paredes conjuntivo-musculares y su epitelio cúbico. En el interior de las glándulas se ven las concreciones, sustancia amorfa. En la próstata normal es muy difícil ver los vasos, al paso que en las congestiones se aprecian muy bien; los nervios, así como los vasos, se perciben en la periferia. Tanto la uretra como los cuerpos esponjoso y cavernoso, poseen un sistema circulatorio perfecto.

Paris 18-1-903.

E. PEDRAZA,
Médico primero.



ESTUDIO TERAPÉUTICO DE LA ANTIFEBRINA

DE SUS COMPUESTOS Y DERIVADOS

POR EL DOCTOR

DON EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

(Continuación) (1).

Acción fisiológica. — Como la antifebrina, excita primero para paralizar más tarde el centro respiratorio y vasomotor de la medula oblongada; paraliza los elementos sensitivos y motores de la medula espinal; disminuye la excitabilidad del centro termógeno del bulbo raquídeo, y paraliza, por último, los centros sensoriales y psíquico-motores del cerebro.

(1) Véase el núm. 167.

Las únicas diferencias que existen entre ambos cuerpos son diferencias de intensidad, pues la aceto-ortho-toluidina parece obrar con mayor energía sobre el centro termógeno y afecta más profundamente á la médula que al bulbo.

Barberini ha observado que en dosis de 5 miligramos exagera los reflejos medulares de la rana, determinando después convulsiones, y que con cantidades cuatro veces más elevadas (2 centigramos) produce: primero, convulsiones; después, parálisis de los movimientos voluntarios, y últimamente, abolición completa de los movimientos propios y de los reflejos.

En los mamíferos, 4 centigramos por kilogramo de peso del animal rebajan 8 décimas la temperatura, aceleran ligeramente los latidos cardíacos y dilatan los vasos por estímulo directo sobre los elementos nerviosos.

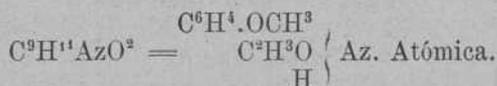
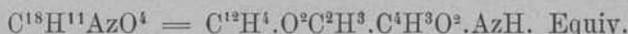
En disolución al 5 por 100 impide las fermentaciones, obrando como antiséptico de mediana intensidad.

Como la antifebrina, se elimina con la excreción urinaria en forma de derivado sulfo-conjugado.

Acción terapéutica. — Cervello la ha ensayado como antitérmico con muy buen éxito, utilizando dosis análogas á las que generalmente se prescriben de acetanilida; pero no obstante determinar descensos de temperatura bastante más duraderos y acentuados que los que con este último cuerpo se consiguen, el estudio terapéutico y tóxico de la aceto-ortho-toluidina es aún muy deficiente é incompleto para que nos consideremos autorizados á aconsejar su empleo.

IV

Metacectina.



Caracteres y propiedades. — Fué descubierta por Mahnert en 1889; se conoce en Química con las denominaciones de *para-aceta-anisidina*, *aceta-para-anisidina*, *para-oximetil-acetanilida* y *fenil-oximetil-acetil-amina*, y se deriva de la antifebrina por sustitución de un átomo de hidrógeno del núcleo fenílico por una molécula de óxido de metilo, según indica la siguiente ecuación:

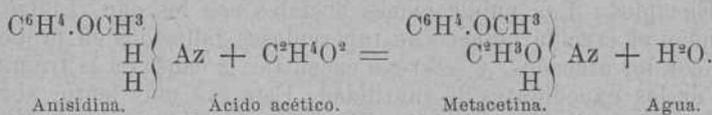


Se presenta en forma de polvo cristalino, inodoro, ligeramente rosado, de sabor salino y amargo; poco soluble en el agua fría (1 por 530), bastante soluble en el alcohol y fusible á 120 grados. También se disuelve en los álcalis y en los ácidos.

Si á una gota de disolución de metacetina en ácido clorhídrico, tan diluído como sea posible, se añade otra de solución concentrada de bicromato potásico ó de ácido crómico y se observa al microscopio, se ven aparecer, bajo la influencia del calor, numerosos cristales cruciformes. Si en vez de solución de bicromato se emplea la de ferrocianuro potásico, los cristales que se forman ofrecen color amarillo.

Obtención. — Se obtiene haciendo actuar el ácido acético sobre la para-anisidina, que es una amina formada por sustitución de un átomo del hidrógeno del amoníaco por una molécula de anisol (1).

La ecuación siguiente explica la formación de la metacetina por dicho procedimiento.



(Continuará.)

LA ESTADÍSTICA SANITARIA

Cómo puede ser más provechosa.

Convencido hasta la evidencia del indiscutible valor de la estadística, he de estar muy lejos de los que confunden por un exceso de vanidad su propia torpeza para aprovecharse de sus enseñanzas con falsas veleidades de aquélla.

Lejos de servir de comprobante á todas las opiniones, por contradictorias que sean, encierra siempre la verdad, y las aparentes contradicciones que pudiera presentarnos deben servirnos tan sólo

(1) El anisol, llamado también feno-mentol, está constituido, según su fórmula expresa, $\text{C}^6\text{H}^5.\text{OCH}^3$, por la fusión de una molécula de fenilo y otra de óxido de metilo.

de admonición que nos advierte olvidamos datos ó desconocemos la intervención de nuevos factores, tal vez no sospechados, y á cuya busca debemos dedicar nuestras energías.

En último término, las cifras totales no son más que expresión de un producto en el cual han intervenido multitud de factores, que debemos investigar para disminuirlos en todo lo posible, ó anularlos si pudiéramos.

Conocido el producto total, á nosotros toca la formación de cuadros estadísticos parciales que nos den productos cada vez menos complejos, hasta llegar á la mayor simplicidad posible, para de este modo conocer de un modo cierto y real lo que cada uno de los factores ha intervenido en el producto total.

Y aquí es donde viene el acusar á la estadística de infiel cada vez que nos equivocamos en esta investigación; y cuando hemos creído hallar el factor simple más importante, y, por lo tanto, su remedio, encontrarnos cruelmente chasqueados.

Dos cosas pueden habernos inducido al error : primera, tomar por factor simple y elemental lo que á su vez es producto completísimo; estos errores son hijos, por regla general, de ideas preconcebidas cuya justificación se busca: segunda, no hemos atinado con el remedio preciso, por desconocer la verdadera naturaleza de la causa encontrada.

Ejemplos : Las publicaciones oficiales nos los dan. Llamó la atención el crecido número de tuberculosos fallecidos en proporción con los atacados, y se creyó encontrar la causa en la tramitación de los expedientes de inutilidad. Este era muy lento; abreviémosle; y se duplicó el número de reuniones del Tribunal médico-militar. El mal no se remedió por eso, y hoy en día síguese observando lo mismo.

¿Por qué? Sencillamente porque en ello influyen causas algo más complejas que las simplicísimas de que se propongan tarde ó que se expediente largo; y en otros sitios he indicado algo de esto, sin tener la pretensión de haberlo dicho todo (1). Error, por la primer causa antes apuntada.

Otro. Se vió que ingresaban gran número de tuberculosos latentes, y que esto era causa del crecido número de tuberculizaciones en el Ejército, y se creyó remediarlo haciendo reconocer todos los reclutas en los Ayuntamientos. Resultado: las cifras estadísticas de los últimos tres años lo dicen. Explicación: los tuberculosos latentes no pueden ser diagnosticados en los Ayuntamientos, y para los ya declarados por incipientes, la poca elasticidad del

(1) Evolución y formas clínicas de la tuberculosis pulmonar en los hospitales militares, *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 14 Abril de 1902.

cuadro de exenciones es una dificultad; pero aun dándole toda la necesaria, seguirían ingresando muchos tuberculosos en el Ejército.

Pero estos fracasos no deben hacernos desesperanzar, sino simplemente ser más cautos en nuestras afirmaciones, y, en regla general, podemos decir que es preciso serlo mucho en ofrecimientos de resultados á cambio de mejoras sanitarias, sobre todo cuando tienen un carácter tan general como las antes citadas; menos peligroso es ofrecer á cambio de reformas mucho más modestas y localizadas.

Fué en este mismo periódico donde apareció un trabajo mío sobre «Factores que deben tenerse en cuenta para un juicio previo sobre el valor del soldado», y de ellos hacía dos grandes grupos.

El primero comprendía todos aquellos que el recluta aportaba al Ejército; el segundo, los que éste le proporcionaba.

Hé ahí una guía para los estudios de estadísticas parciales: háganse en estos dos sentidos, de un lado subdividiéndolas nada más en razón de su extensión en Cuerpos de Ejército, divisiones, brigadas, regimientos (1), hasta llegar á la estadística cuartelaria de que hablaba en aquellos trabajos. Así conoceremos cómo influyen en la morbosidad y mortalidad el terreno, el clima, el arma ó Cuerpo en que se sirve, el servicio que practica y el cuartel en que se aloja; estos dos últimos factores muy principalmente.

De este estudio sí que pueden deducirse consecuencias. ¡Cuántas reformas pueden acometerse con seguridad de éxito! Para nadie es un secreto cómo determinados cuarteles, de condiciones pésimas, son más mortíferos que otros, sin que, por desgracia, muchas veces sea sinónimo cuartel nuevo de cuartel higiénico. Citaré un hecho. Con reclutas procedentes de idénticas zonas se nutrían en una guarnición un regimiento de Caballería y uno de Infantería. Prescindamos de la selección; amén de que la Caballería es el penúltimo Cuerpo á escoger, se puede augurar un desengaño al que ofrezca tales y cuales rebajas en la mortalidad, implantando el peso y perímetro torácico mínimo, sencillamente porque es muy raro encontrar soldados que no los tengan, y el Cuerpo de Ingenieros, que escoge los mejores, es el más castigado por tuberculosis, enfermedad en la que seguramente se harían los mayores ofrecimientos.

Fijémonos solamente en que el regimiento de Infantería tiene peor cuartel, con mayor hacinamiento y más detestables condiciones que el de Caballería, relativamente desahogado y con mucha mejor ventilación, aunque los dos cuarteles eran viejos. Añádase que el soldado de Infantería hace muchas más guardias, y el no dormir y exponerse á las inclemencias atmosféricas son causas

(1) Como se ha dispuesto recientemente.

muy patógenas. Pues bien : en el regimiento de Caballería no hubo ningún propuesto por tuberculoso en los dos últimos reemplazos, y sí hubo algunos en el de Infantería.

Y si en esta enfermedad el remedio es de difícil aplicación, en otras lo es de más sencilla, fiebre tifoidea, gripe, etc. (1), y combinando estas formaciones de estadísticas con una mayor amplitud en las atribuciones de Generales é Inspectores, obtendríamos resultados beneficiosísimos.

No obstante, sin recelo á los augurios afirmo que así se reducirían notablemente la mortalidad y morbosidad en muchos casos, y en total se traduciría el beneficio en las cifras de las estadísticas, resumen de final de año.

Pero al mismo tiempo la estadística mínima de extensión debe tener tantas subdivisiones como la máxima en cuanto á apreciación de todos los factores que comprenda el primer grupo de los que haga y que enuncie ligeramente.

Y sólo resumiendo y comparando las estadísticas de unidad mínima entre sí es como pueden apreciarse cómo unos grupos de factores influyen en otros, y cuál es la parte constante que cada uno tiene de influencia, y cuál la capaz de modificarse por otras, y entonces solamente se podrá, con pleno conocimiento de causa y confianza absoluta en los efectos, dictar disposiciones generales en las que se predigan los resultados.

Pero sólo así, analizando hasta el último detalle, no dejándose seducir por aparentes simplicidades engañosas, y encontrando sólo en las contradicciones y veleidades que algunos quieren ver en la estadística torpeza nuestra en la busca de las causas ó ceguera que nos impide ver causas añadidas, que, si á veces son simplemente olvidadas, no pocas son para nosotros desconocidas por completo.

FEDERICO G. DELEITO,
Médico segundo.

SECCION OFICIAL

Comisiones científicas.

En Real orden que hoy publica el *Diario oficial* se dispone que, en armonía con lo que previene el apartado 7.º de la Real orden circular de 13 de Febrero de 1901 (C. L. núm. 29), se provean cuatro plazas de co-

(1) Recientemente lei en la prensa francesa que, á consecuencia de una epidemia de gripe desarrollada en un cuartel de Rennes, y después de una visita del General, que comprobó aquéllо, éste acordó licenciar los soldados aún sanos, y prorrogar la licencia á los que disfrutaban la de Pascuas, quedando solamente 60 hombres en el cuartel para desinfectar éste. Y no quiero ni pensar en hacer comparaciones. Hágalas el lector.

misiones de instrucción en el extranjero para Jefes y Oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar, con arreglo á las bases que la misma establece y con sujeción á las condiciones siguientes, especiales para esta nueva convocatoria:

1.º Se conferirán las expresadas comisiones á dos Médicos mayores y dos Médicos primeros, siendo la duración de las mismas los nueve meses comprendidos desde 1.º de Octubre del año actual á 30 de Junio del año próximo.

2.º El cometido de los Médicos mayores será estudiar en Alemania é Italia, respectivamente, los progresos de la terapéutica quirúrgica de más ampliación á la cirugía militar.

3.º Consistirá la misión de uno de los Médicos primeros en el estudio y prácticas de química biológica, y la del otro, en el estudio y prácticas de histología normal y patología, desempeñándose ambas comisiones en Paris.

4.º Cada uno de los Jefes y Oficiales percibirá, además de su sueldo correspondiente de activo, una gratificación de 500 pesetas mensuales y los beneficios relativos á locomoción y quebrantos por cambios, con arreglo á lo que dispone la Real orden circular de 23 de Julio de 1900 (C. L. número 156); asimismo habrá de abonárseles sobre su sueldo y gratificación el importe de los honorarios por cursos especiales, siempre que no exceda de 250 pesetas mensuales la cantidad que haya de satisfacerse á cada comisionado, según lo dispuesto por Real orden de 10 de Noviembre último. El gasto que originen las expresadas gratificaciones y el quebranto por cambios serán cargo al capítulo 5.º, art. 4.º, del presupuesto vigente.

5.º La elección de los Médicos mayores se efectuará por concurso de méritos, previa justificación del conocimiento del idioma del país en que hayan de realizarse los trabajos; y la designación de los Médicos primeros se hará teniendo en cuenta el resultado de las oposiciones que al efecto se practiquen.

6.º Estas oposiciones constarán de dos partes: la primera consistirá en una prueba práctica del conocimiento del idioma y en el desarrollo oral de un tema relativo al objeto de la respectiva comisión, sacado á la suerte de los que con ese fin redacte el Tribunal; y la segunda, en la realización de un trabajo práctico relacionado con dichos temas. En la exposición oral no podrá emplear el actuante más de una hora, quedando á juicio del Tribunal la limitación de tiempo para el trabajo práctico.

7.º Al terminar las oposiciones, el Tribunal remitirá á la Sección de Sanidad Militar de este Ministerio propuesta impersonal del Oficial Médico que considere más idóneo para cada comisión.

8.º Podrán tomar parte en esta convocatoria todos los Médicos mayores y primeros que lo deseen, cualquiera que sea su destino ó situación, á cuyo fin lo solicitarán en forma reglamentaria del Jefe de la Sección de Sanidad de este Ministerio, y por conducto de los Jefes de Sanidad respectivos, antes del día 1.º de Julio próximo; debiendo las solicitudes obrar en

la Sección el día 15 del mismo mes. Á las instancias acompañarán los recurrentes cuantos documentos acrediten méritos y servicios, y los trabajos pertenecientes para que sirvan de base al concurso de Médicos mayores y sean tenidos en cuenta por el Tribunal de oposición en lo que afecta á los Médicos primeros.

9.° Los ejercicios de oposición se efectuarán en Madrid, y darán comienzo el día 17 de Agosto del año actual en la Academia Médico-militar, á cuyo efecto se nombrará oportunamente el Tribunal respectivo, dictándose las instrucciones á que éste se haya de atener para la mejor ejecución del servicio.

NECROLOGÍA

D. José Martínez García Diego, *Subinspector Médico de primera clase*.—Nació en Santa María de Cañedo (Santander) el 24 de Marzo de 1841; se licenció en Madrid el 20 de Junio de 1865, é ingresó en el Cuerpo, por oposición, como segundo Ayudante Médico, en 16 de Agosto de 1866.

Marchó primero á Zaragoza en comisión activa, sirvió después en los regimientos de la Princesa y Extremadura, en la fábrica de Orbaiceta y reserva de León. Otros sitios en que tuvo destino fueron en el Ejército del Norte, cazadores de Estella; hospital de Bilbao, y 4.° y 5.° regimiento de Artillería. Ascendido á Médico mayor en 7 de Diciembre de 1886, con motivo de una de las reformas en las plantillas y ley de Retiros, prestó servicios en la Dirección general del Cuerpo y hospital de Zaragoza, hasta que, después de ascendido á Subinspector de segunda (1.° Julio 1895), se encargó de la Dirección del hospital de Pamplona, hasta su ascenso á Subinspector de primera en 14 de Octubre de 1897.

Destinado entonces al Ministerio, estuvo encargado en él del Negociado de asuntos generales, y pocos meses antes de su muerte pasó á ejercer el mando del hospital de Burgos, donde falleció después de larga enfermedad, complicada con un estado intecioso, el día 4 del actual.

Por mérito de guerra obtuvo los grados de Médico mayor y Subinspector de segunda y el empleo personal de mayor, tres cruces rojas de primera y las medallas de la guerra civil, Alfonso XII y sitio de Bilbao. Por otros conceptos se le concedieron dos cruces blancas de segunda clase del Mérito militar y el grado de primer Ayudante Médico.

Cuantos tuvieron el gusto de tratarle, apreciando su bondadoso

carácter y simpática modestia, lamentarán de todas veras su muerte, asociándose al dolor de su viuda é hijos.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

PROGRAMA DE PREMIOS PARA 1903 Y 1904

Esta Academia abre concurso de premios, y señala los temas siguientes: I. *Patogenia, diagnóstico, terapéutica y profilaxis de la angina de pecho.* — II. *Valor de los Sanatorios marítimos en la profilaxis de la tuberculosis.*

Para cada uno habrá un *Premio*, que consistirá en 750 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de Académico corresponsal; un *Accésit* en medalla de plata, diploma y título de Corresponsal, y la *Mención honorífica*, en diploma especial.

Las Memorias deberán estar escritas con letra clara en español, francés ó latin.

Las Memorias se remitirán á la Secretaría de la Corporación, sita en la calle Mayor, núm. 6, cuarto bajo izquierda, hasta las cuatro de la tarde del 30 de Junio de 1904, no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, señalándolas con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, que remitirán adjunto, y el cual contendrá su nombre y residencia. Sólo se incluirá en cada uno de los pliegos el nombre de un autor; y si al abrirlos se hallaren dos ó más, el Presidente del acto, en nombre de la Academia, y sin ulterior recurso, declarará anulada la concesión del *Premio*, del *Accésit* ó de la *Mención honorífica*.

Los premios se conferirán en la solemne sesión inaugural de 1905.

PREMIO DEL DR. D. PEDRO MARÍA RUBIO. — Se conferirá un Premio de 1.200 pesetas al Médico español, autor de la obra original de Ciencias Médicas de mérito más sobresaliente, cuya primera edición se haya publicado en los años de 1901 y 1902; entendiéndose como año de publicación de la obra el que conste en la portada del último tomo, ó en la parte que últimamente se publique.

Se optará á este Premio por instancia, extendida en el papel sellado correspondiente, ó por petición firmada por tres Académicos.

Las instancias, acompañadas de las obras originales, se remitirán á la Secretaría hasta las cuatro de la tarde del 31 de Diciembre de 1903, y el Premio se conferirá en la sesión inaugural de 1905.

PREMIO DEL DR. CALVO Y MARTÍN. — Consistirá en la cantidad de 375 pesetas y un diploma especial, y podrán optar á él los Médicos de partido, encargados de la asistencia de los pobres, con una asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Memoria, cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.^o, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan observado, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa; y de no ser esto posible, describirán las enfermedades más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando estas cualidades el Alcalde y el Cura párroco.

Las solicitudes se remitirán á la Secretaría hasta las cuatro de la tarde del 30 de Noviembre del corriente año, y el Premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1904.

HECHOS DIVERSOS

Han fallecido en Guadalajara y Tarragona, respectivamente, los Médicos mayores D. Antonio Herrando y D. Ramón Suriá. Reciban sus familias nuestro sentido pésame.

Movimiento del personal médico-farmacéutico.

SANIDAD MILITAR. — Ascensos. — A Subinspector médico de segunda clase, D. José Lacruz y Gil de Bernabé; á Médico mayor, D. Emilio Portilla López; á Médico primero, D. Mario Gómez Gómez (R. O. 10 Febrero, D. O. núm. 31).

Reemplazo. — Concediéndole, á petición propia, por el término de un año, al Farmacéutico primero D. Luis Gil Izaguirre (R. O. 10 id., D. O. número 32).

Retiros. — Confirmando el provisional del Subinspector Médico de primera clase D. Juan Guasch Boada, asignándole en definitiva el haber de 562,50 pesetas mensuales (R. O. 4 id., D. O. núm. 28).

Sueldos y haberes. — Resolviendo no puede abonarse la gratificación solicitada por el Médico mayor D. Felicísimo Cadenas Gutiérrez, por no estar consignada en presupuesto (R. O. 9 id., D. O. núm. 31). Desestimando instancia de abono de pasaje del ex Médico provisional D. Adolfo Robles (R. O. 13 id., D. O. núm. 35).

Recompensas. — Cruz de primera clase del Mérito militar blanca, por auxilios prestados á los heridos, al Médico segundo D. Antonio Muñoz García (R. O. 12 id., D. O. núm. 34).

Otras disposiciones oficiales. — Por R. O. 12 id. (D. O. núm. 34) se dispone la instalación del hospital de Santoña en el cuartel de San Miguel de dicha plaza.

—Por id. de id. (D. O. núm. 34) se convoca el concurso y oposiciones para cubrir las comisiones al extranjero (*Véase íntegro en la Sección oficial*).

—Por R. D. 14 id. (D. O. núm. 35) se dispone luto oficial durante nueve días con motivo de la muerte de la Archiduquesa Isabel (q. e. p. d.).