

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año I

Madrid, 1.º de Marzo de 1911.

Núm. 5.

SUMARIO

Sobre un caso de uremia cerebral con demencia consecutiva, por José Valdés Lambea.—*Notas interesantes sobre tuberculosis (conclusión)*, por C. López Brea.—*Estadística del reclutamiento en Atemania*, por J. P.—*Quiste multilocular del ovario*, por César Sebastián.—*Academia Médico-militar*.—*Varietades*.—*Prensa Médico-farmacéutica*: A propósito de la transmisión del «*Trepanosoma gambiense*».—Ensayo y dosificación de la zincopirina.—Exantema medicamentoso como expresión de idiosincrasia y anafilaxia.—Tratamiento, por la tuberculina, de las tuberculosis urinarias.—Un método terapéutico sencillo para el tratamiento del cólera.—Medio de Esch para el diagnóstico del cólera.—Tratamiento de los nódulos de los cantantes ú otras excrecencias de las cuerdas por la galvano-cauterización.—Tratamiento de las heridas contusas de la región de la tibia.—Acción de las sales de calcio en los procesos inflamatorios.—Un caso de perniciosa dispnéica-nerviosa.—El salvarsán en el corea menor.—El arsenobenzol en la parasifilis.—Anestesia general por el cloroformo en inyección intravenosa.—Chaneros nuevos después de un tratamiento por el 606.—*Prensa militar profesional*: Estadística sanitaria del Ejército austriaco en el año 1908.—Ejército búlgaro. Memoria de la Sección de Sanidad Militar del Ejército sueco, sobre el estado sanitario del mismo en 1908.—Servicio de Sanidad en los Estados Unidos del Norte de América.—Camillas sobre skis.—*Bibliografía*: *Le nuove caserme italiane*, por el Dr. Giovanni Grizoni.—El nuevo cuadro de inutilidades que regula el ingreso en el Ejército español, por el Dr. A. Morales.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Escalañón del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Marzo de 1911.

Sobre un caso de uremia cerebral con demencia consecutiva.

HOMBRE DE CINCUENTA Y SEIS AÑOS

Me llamaron de madrugada para asistir á un sacerdote. Encontré al enfermo en el suelo, caídos los muebles cercanos á la cama, en desorden las ropas de ésta. La dueña de la casa me dijo que su huésped tenía algunos vómitos, que decía padecer del estómago, y que era hombre muy dado á la gula. No sabía más esta mujer, y tuve que hacer un diagnóstico rápido sin más antecedentes.

El enfermo tenía pérdida de conocimiento; se encontraba en el coma. Inmóvil, con el rostro pálido, entornados los ojos; por la boca, entreabierta, salía abundante espuma. Fumaba en pipa; tenía mucha dispnea, respiraciones lentas y profundas. Tenía miosis, parésia pupilar, inyectadas las conjuntivas. Era el pulso muy duro, de alambre, muy largo y algo lento (57). Los ruidos cardíacos eran fuertes, sonoros. No se palpaba el latido de la punta, y en ésta el

primer tono estaba algo asoplado—soplo débil, suave, que ocupaba casi todo el ruido, y que producía la impresión de un oscurecimiento de éste. La impresión del conjunto estetoscópico era de un ritmo de galope. Grande enfisema pulmonar (corazón cubierto, bases pulmonares descendidas, murmullo vesicular muy débil), algunos silbidos, raros roncus. La lengua estaba seca, como un papel de lija, algo saburrosa. Vientre meteorizado; temperatura, 36°. Nada de parálisis ni contracturas incipientes; reflejos tendinosos normales, un poco débiles quizá. Ni una hemorragia, ni una contusión.

Se diagnosticó uremia. El enfermo había experimentado convulsiones, una impulsión motriz que le hizo caer ó arrojar del lecho, una alucinación, lo que fuese. La pérdida de conocimiento hizo pensar en todos los estados que pueden producirla. No se podía invocar una fractura craneana; no había signos. No podía hablarse de diabetes; faltaba el olor del aliento, faltaban los signos anteriores, pues la señora de la casa no había observado ninguno en varios meses; ni polidipsia, ni polifagia, ni poliuria. No se podía pensar—con aquel pulso y aquel corazón—en ninguna hemorragia interna: aquello no era un síncope. Quedaban de admisibles hipótesis (descartando ya de una vez todas las causas que no fueran éstas: mal de Addison, ictus de la parálisis general y de otras enfermedades nerviosas, bradicardia permanente, etc.) la embolia cerebral y la hemorragia. Los signos negativos, el estado del corazón y del pulso, los signos pupilares el estado de la lengua sentaron el diagnóstico de uremia cerebral, que parecía el único admisible.

Al día siguiente, el enfermo había variado poco. Sin hablar, sin responder á mis preguntas, sin que demostrase entenderlas, quieto, inmóvil, indiferente á todo; de vez en cuando levantaba los brazos, pretendiendo coger algo en el aire. No había parálisis ni contracturas. Eran normales todos los reflejos. Anuria. Igual disnea. Hipotermia como el día anterior. Se le practicó una sangría y se hizo lavado intestinal, que se repitió varias veces, dando salida la enteroclisis á escibolos durísimos, con sangre y moco en abundancia; á los tres días del ictus, el enfermo empezó á *vivir*. Abrió los ojos, pidió agua; se logró respondiera, tras mucho preguntar, por su nombre, y entró de lleno, sin ningún episodio motor, en el delirio, que ha conservado hasta el final los caracteres del principio. Desde luego, no ha habido en él sistematización alguna. Gritos

incoherentes, injustificados; silencios de dos y tres horas, musitaciones, desvaríos. Hablaba de todo, sin concierto mental, sin ilusión, confundiendo y mezclando ideas y palabras, casos y personas, sin expresar jamás un determinado pensamiento. Hablaba, bien y mal, del Obispo, de su hermano, de mí. Moría de hambre, el médico le asesinaba y el médico era un santo. Lloraba y reía. Se quejaba de un modo lastimero, y después de insistente pregunta, contestaba encontrarse bien. Me insultaba y me pedía perdón. No sabía dónde estaba ni nada de lo que había pasado. Al cabo de unos quince días, pudo este hombre sentarse en la cama y tomar de por sí, aunque con trabajo, el alimento. El estado mental continuó invariable en esencia. A los tres meses le perdí de vista, y durante este tiempo le pude explorar muchas veces. Sintetizaré aquí el resultado de esta exploración.

Gran enfisema pulmonar; tórax en globo, duro, poco elástico, descenso de bases, ascenso de vértices, corazón cubierto, tipo respiratorio de enfisema, murmullo prolongado y débil. Bronquitis banal diseminada y focos congestivos en las bases. Hipertrofia de ventrículo izquierdo con moderada dilatación; desviación de la punta y aumento de la macidez si se percutía inclinando al enfermo; ritmo de galope constante: unas veces se escuchaba un soplo largo y débil, suave, que casi ocultaba el primer ruido; otras, el soplo se hacía más difícil y era el tono predominante; en otras ocasiones se oía un tono oscuro, arrastrado, largo, sin soplo de ninguna clase. Segundo tono fuerte, seco, siempre más intenso que el primero, siempre más abajo que en la base, cosa corriente en grandes enfisemas. Casi siempre, refuerzo aórtico; otros días, refuerzo pulmonar (dos hipertensiones alternantes; fenómeno frecuente en nefríticos viejos), pero siempre el segundo aórtico más seco, el pulmonar más oscuro. Ningún soplo en la base; no se pudo tocar el cayado; no se podía, pues, deducir esclerosis de la arteria aorta. Radial dura (ateroma), subclavias normales, no elevadas; temporal varicosa, serpenteante, pero no endurecida (signo de hipertensión indiscutible), várices en las piernas. Ligeros edemas de párpados y maléolos. Hemorroides.

Una hematemesis moderada á los tres días del ictus. Dos vómitos. Estreñimiento.

Anuria los dos días que siguieron al ictus. Poliuria y polaquiuria después. Ligeras y raras albuminurias globales.

Miosis y paresia pupilar continua. Hiperhemia conjuntivo-ciliar. Tono ocular aumentado. Arterias retinianas serpenteantes. Ligeras hemorragias. Nada de parálisis, de contracturas. Reflejos cutáneos y tendinosos normales. Nada de Babinski.

Es de lamentar que circunstancias especiales no permitieran, en este caso, apurar los procedimientos de exploración é instituir un tratamiento más completo. De todos modos quedan enseñanzas. Que se trata de un nefrítico crónico, de un nefrítico intersticial de pequeño riñón, es indudable. Que se trata de un cardioescleroso, mitral por la forma, es indiscutible. Un cardiorrenal, un arterial generalizado con insuficiencia urinaria. Este diagnóstico explica, desde luego, cuanto pudo observarse de pulmón, de corazón, de arterias, de estómago, todos los signos que presentó el enfermo. Ni hemos de hablar aquí sino de lo más culminante: el estado mental iniciado, con pérdida de conocimiento, y seguido de una demencia. Sobre los otros accidentes no es preciso insistir.

Se estudian actualmente, aun cuando el asunto se conoce de antiguo, varias psicosis secundarias, explicables por múltiples procesos de autointoxicación, entre los cuales conviene incluir la vesania de nuestro hombre. Los síndromes mentales de los insuficientes urinarios son conocidos desde hace ya tiempo; pero hasta estos últimos años no se ha fijado en ellos la atención que merecen, cosa lógica y natural, dada la importancia de la intoxicación en la Medicina moderna. Y el interés de estos accidentes es, ante todo, clínico, de diagnóstico y de tratamiento. Unas veces se observan en nefríticos aparatosos, de grandes síntomas; otras veces, el trastorno mental es el síntoma más culminante, y por él hay que hacer el diagnóstico. En ocasiones, son agudos; en otras, siguen una marcha crónica. Ciertos nefríticos intersticiales se presentan al médico, y hablan de todo menos de su nefritis. De vértigos, de cefalalgia continua ó paroxística, tienen también emotividad exagerada, aproxesia, ineptitud para el trabajo; se hastían y se cansan de todo, duermen mal, tienen muchos ensueños. Dan la impresión de neuróticos, de psicosténicos, de neurasténicos cerebrales. En la uremia aguda se observan psicosis de formas variadas: confusión mental bajo todas sus formas, incoherencia de ideas, estupidez; el delirio alucinatorio violento es muy frecuente, y los tales accidentes agudos pueden traer la muerte al poco tiempo ó ser el comienzo de una psicosis crónica: obsesiones, confusión mental, demencia verdade-

ra. Otras veces son crónicos desde el primer momento, y desde luego se confunden con cualquiera enfermedad mental, manía, demencia, confusión, delirios sistematizados—paranoicos, religiosos, eróticos,—continuando así, en esta forma, con ó sin episodios agudos. Yo recuerdo de un arterioescleroso renal que ocupó, durante varios meses, la Clínica de Medinaveitia. Este enfermo ofrecía el cuadro más completo de demencia: evacuaba en la cama, lloraba y reía sin motivo, gesticulaba, hablaba sin concierto, decía estar muy bien y muy á gusto.

Determinar cuáles son las sustancias que dañan de este modo á los centros mentales, es hoy día un imposible; el tema está por resolver, como por resolver está tanto y tanto problema de la uremia. Muy poco sabemos de esto. Está vedada la experimentación, y tiene la química que progresar mucho. Pero que hay un grupo de síndromes mentales que se presentan en sujetos víctimas de intoxicaciones (tomando la palabra en su sentido más completo), es cosa indiscutible. En los casos de insuficiencia hepática, en el período terminal de ciertas afecciones del hígado, se observan con frecuencia tristeza, apatías, notables variaciones de carácter; otras veces es una euforia, de la cual se jacta el enfermo. La hepatotoxemia se manifiesta en ocasiones por verdaderos accesos de delirio, generalmente no sistematizado, con desvarío, incoherencia en el lenguaje y alucinaciones ligeras, sensaciones de bienestar, optimismos injustificados, accesos de manía. Se ha señalado una locura hepática como una locura renal.

En el bocio exoftálmico predominan generalmente los síntomas fundamentales, y se observa tan sólo excitabilidad afectiva, alegría inmotivada ó injustificados desalientos. Pero en ciertas formas larvadas adquieren los trastornos mentales desusado relieve, hasta el punto de dar á la afección carácter de rareza clínica y despistar al médico que no se pone sobre aviso. Todas las formas de psicosis se han observado en los basedowianos: manía, en accesos, con furor, saltos, gritos, violento delirio de palabras y de acción, ideas rapidísimas absurdas y disparatadas; melancolía; el enfermo habla de sus torpezas, de sus delitos; se dice culpable de lo que no ha hecho, y está triste, sombrío, taciturno; paranoia aguda ó crónica, perfectamente sistematizada (son los enfermos pretenenciosos, que hablan de su valer, de sus proyectos, de las excelencias que tienen, de los enemigos que estorban sus planes). La ra-

zón de ser de estas psicosis es la misma que en los renales, en los hepáticos. Igual podría decirse del mixoedema, de la acromegalia, de la enfermedad de Adisson (enfermedades de autointoxicación), de la corea (infección para algunos).

Dice Jolly que no es muy raro diagnosticar de neurasténicos á tuberculosos incipientes, hasta que la evolución del mal nos da la clave de la neurastenia. Igual puede decirse de la sífilis.

En las infecciones agudas es sabido que, en ocasiones, unas veces por influencias bien claras (herencia, neurosismo), otras por circunstancias desconocidas ó indeterminables actualmente, adquieren excesiva importancia los accesos de delirio que, ó existe solo en el acmé ó es el comienzo de una psicosis crónica consecutiva á la infección, confusión mental generalmente. Esto se observa, sobre todo, en el tífus abdominal.

Por último, bien conocidas son las variadas perversiones mentales producidas por los venenos que manejamos á diario. No hay para qué hablar de las verdaderas psicosis que producen el alcohol, la morfina, el cloral, el sulfonal, etc., pues se haría interminable este artículo. Algunos productos parecen dar lugar á verdaderos cuadros típicos. Del tetronal, se dice que dificulta la operación de cálculos. En una intoxicación arsenical colectiva, por el uso de cervezas impuras, se observó muy marcada amnesia. La belladona, á veces, origina verdaderos accesos de furor. El bromuro, verdadera demencia. La cafeína, una manía en pequeño. El Haschif produce delirios curiosísimos y particulares, que varían según sea la mentalidad del sujeto; delirios generalmente gratos, de colores y luces en los pintores, de hermosos versos en los poetas, de grandes batallas en los militares.

De todo lo expuesto á propósito de nuestro caso, se deduce: que debe haber productos no determinados, pero quizá determinables, que tienen acción electiva sobre los centros de la inteligencia. Que estas substancias se producen en virtud de varios y muy complejos mecanismos, no conocidos actualmente y que hoy se sintetizan en la intoxicación. Que es necesario en buena clínica conocer bien estas psicopatías como base de buenos diagnósticos y de racional terapéutica.

JOSÉ VALDÉS LAMBEA,
Médico segundo.

NOTAS INTERESANTES SOBRE TUBERCULOSIS

(CONCLUSIÓN)

Brehmer dice que si Dettweiler, en Folkenstein, no obtuvo buenos resultados con el ejercicio, y varió al tratamiento por el reposo, se debió á que sus enfermos caminaban muy de prisa, y al volver del paseo hacían la ascensión, y debe ser á la inversa. Douglas-Pawell, que, engordando los enfermos por el sostenido reposo, el balance fisiológico de las funciones cardio-vasculares y el peso del cuerpo, es en positiva desventaja del paciente, y resultan ataques de dispepsia, diarrea ó hemoptisis, por lo que la naturaleza intenta rectificar los efectos de nuestra falta de previsión. Knopf, también, que fué uno de los ayudantes de Dettweiler, asegura que la posición tendida exigible en Liegehalle, facilita la congestión hipostática de los pulmones, y las espaldas de los pacientes llegan á ser más sensibles á los cambios de temperatura.

En muchos casos tratados por ambos médicos, el sistema del reposo de Liegehalle no conduce á tan buenos y permanentes resultados como el de las ascensiones de Brehmer y Otto Walther. Debe tenerse presente que casos en todas las fases de la enfermedad son admitidos en Nordresch, y que los buenos resultados allí no se obtienen solamente en las fases tempranas, sino también en las más avanzadas de la enfermedad. Por último, el Dr. Driver, en Reibolgrün, ha obtenido mejores resultados, permitiendo á los pacientes el reposo en refugios, guaridas y en bosques, que en el sistema de barandas ó galerías de Liegehalle. Vemos que hay mucho que decir en favor del ejercicio, y muy poco por el completo descanso en ciertas fases de la enfermedad. Podemos también concluir, que la forma de ejercicio adoptado debe ser de tal clase, que mientras conduce á un activo y saludable metabolismo, no lance esfuerzo alguno sobre los pulmones ó incite disnea.

En el caso en que se impone el reposo, éste debiera ser de cuerpo y ánimo; en las barandas se excitan unos con otros, y es preferible, ó aislarlos en cuartos y comunicarse en grupos de tres ó cuatro, arrastrados en sillas-extensión con ruedas, para dos ó tres

horas de tertulia que combatan su tedio, ó que vivan en galerías juntos, sólo en este número; pero esto sería sólo aplicable á casos no susceptibles de ejercicio.

Las condiciones en que se ha de asignar el ejercicio y el grado de éste dependen ampliamente de la curación personal del paciente y de los méritos individuales de cada caso, que pueden propiamente ser apreciados por el médico en estrecha relación y asistencia con el paciente. No puede haber regla. Se puede decir, sin embargo, que el ejercicio puede ser prescrito cuando no tiende á exacerbar la enfermedad, y esto se determina por tanteos, ensayos y experiencia. Un paciente debe permanecer en el lecho hasta que pueda tomar el alimento ordinario, y cuando la altura de la temperatura, la rapidez de la acción del corazón y manifiesta tendencia á la exhaustación ó irritabilidad del sistema nervioso puedan contraindicar el ejercicio.

El ejercicio acordado no debe nunca llevarse á causa de fatiga ó á conducir á la vuelta de la fiebre ó de la tos, ú otro mal síntoma.

Para unos, mero masaje ó el ejercicio de vestirse es bastante; otros, de la clase acomodada, pueden ser autorizados para el paseo en coche ó motor eléctrico; pero para la mayoría de casos aquietados, la experiencia demuestra que el mejor ejercicio es la ascensión á regulares colinas. Esto debe ser gradual y deliberado, y el paso no debe exceder de dos millas por hora. No deben apresurarse aunque los coja la lluvia. Los sanatorios deben estar situados en posición que la ida al paseo sea de subida y la vuelta de descenso; la experiencia demuestra que esto conduce á muy buenos resultados. Los vestidos mojados deben cambiarse en seguida. Se les puede permitir el ejercicio á caballo, pero no el billar, el *tennis*, el *golf* y otros que excitan, como el *tobogán*. No deben permitirse los ejercicios de gimnasia del pulmón, de acuerdo con Teodoro Williams, Michaelis, Brehmer, Liebermeister Valland y Bäümler. La pérdida de tejido del pulmón no significa necesariamente que la capacidad respiratoria esté por debajo de las necesidades ordinarias del paciente. Hay amplia superficie de pulmón en los más de los tísicos, en relación con la cantidad de sangre en el cuerpo, y no necesitan inflar sus pechos indebidamente; así corren el riesgo del esfuerzo, el desenvolvimiento del enfisema, y con éste la tendencia hacia la hemorragia.

Los sanatorios del típico sistema alemán son la aplicación minuciosa é individual de los principios de higiene, bajo la inmediata y persistente vigilancia del médico en instituciones especialmente construídas. Su importante valor, acrecentado por sus buenos resultados, ha extendido el Evangelio de Sanatorio por todo el mundo.

Es justo, sin embargo, decir que el Sanatorio, en su presente fase de evolución, no cumple todos los desiderátum del tratamiento institucional, que necesita ser suplementado por otras instituciones y amplificado en su ideal; asimismo, que el tratamiento en el hogar, en las líneas de Sanatorio, permite perfecciones que no se pensaban posibles solamente hace algunos años.

Si los grandes germanos Brehmer y Dettweiler merecen crédito por haber lanzado el sistemático, higiénico y dietético tratamiento en instituciones, la elaboración de ello ha sido hecha en otros países, particularmente en Inglaterra y América.

El ímpetu más grande á la evolución del Sanatorio inglés, sin embargo, vino de otro alemán, Walther, que en su colonia de Nordrach, en la selva Negra, practicaba el método en líneas más simpáticas al público inglés que aquellas de Goerbersdorf y Falkenstein. En los Estados Unidos, Edward Trudeau es el indiscutido peón y leader en la obra de Sanatorios. Desde 1873, cuando él fué enviado á las montañas de Adérondock, como paciente, él evolucionó allí, fase por fase, uno de los centros más admirables para el tratamiento de la tuberculosis en líneas higiénico-dietéticas, y uno que ha sido por largo tiempo la sola inspiración para empresas similares en el lado de allá del Atlántico.

Un modelo de requisitos absoluto y definido de Sanatorio no puede ser señalado. Los Sanatorios han sido contruídos en toda clase de climas, según planos que difieren en muchos detalles, y en un coste que varía de unos cientos á varios miles de duros por lecho. La disposición y construcción de Sanatorios tiene que subordinarse á exigencias individuales y á recursos financieros del número de pacientes que ha de recibir. La más vasta mayoría de candidatos para Sanatorios, sin embargo, pertenece á clase que tiene que considerar cuidadosamente cada capítulo de gastos, particularmente en una enfermedad de curso tan crónico, que está sujeta á hacer pesadas demandas de todos los recursos aprovechables para un largo tiempo en el porvenir. Es un importante deber

del médico de familia imprimir este hecho sobre el ánimo de sus pacientes y no permitirles apuntar su última peseta sobre una carta, el Sanatorio, en la creencia de que él readquirirá la salud después que el tratamiento de unos pocos meses le permitirá asumir, sin restricción, su ocupación antigua. Serán absolutamente necesarios futuros sacrificios en los más de los casos, para mantener la mejoría obtenida.

También es evidente que se necesita multiplicar el número de Sanatorios. Especialmente en los Estados Unidos, el tratamiento en Sanatorios para estas clases que más necesitan de él es enteramente inadecuado.

En Alemania, donde con largueza, gracias á la provisión de un sistema de seguros de invalidez, con utilizables grandes sumas para la construcción y sostenimiento de Sanatorios, tal multiplicación ha sido promovida. En los Estados Unidos no hay tal sistema, y dependen principalmente de recursos individuales, ayudas de caridad y en alguna extensión de la iniciativa del Estado y del Municipio. Los varios Sanatorios del Estado, en función ahora en dicho país, han dado un ímpetu distinto al movimiento, y es de esperar que los Municipios despertarán también en vista de las exigencias de la situación, y procurarán Sanatorios para numerosos enfermos, que no pueden encontrar admisión en instituciones del Estado.

Es importante señalar que los resultados obtenidos en un Sanatorio no están en manera alguna en proporción con los gastos de las Instituciones.

Se pueden realizar excelentes resultados en una institución, proveyéndola solamente de los más sobrios *comforts*, á menudo preferibles que los del Sanatorio más lujosamente equipado. Los resultados no dependen de un equipo elaborado, sino de la manera en que se utiliza cada cosa para el mejoramiento de la situación mortal y física del paciente. Desde este punto de vista, elaboración de equipo, aun si en cierta extensión, solamente cumpliendo muchas de las llamadas exigencias sanitarias modernas, es á menudo más bien *enmarañante* que *favoreciente* el propósito de un Sanatorio.

El infinito número de seres descontentos que, según Cornet, vuelven de Sanatorios confortables á sus pobres circunscripciones domésticas, sería considerablemente aminorado, si se adhirieran

rígidamente al principio fundamental de extrema simplicidad en la construcción de Sanatorios.

Es necesario señalar que en el porvenir llegará á ser más y más necesario utilizar la aprovechable capacidad del paciente para el trabajo, en beneficio del sostenimiento de la institución; y será de gran ventaja si llega á entenderse más y más, que en tal plan no se tiene en el ánimo tanto el interés de la misma institución como el beneficio de los mismos pacientes. Muchos encargados de Sanatorio se han quejado de la dificultad de inducir á los pacientes á hacer alguna otra cosa, durante su permanencia en el Sanatorio, que la de cuidarse á sí mismos. Sin embargo, de otro lado hay referencias de Sanatorios donde un oportuno y enérgico esquema de proveer obra útil para los pacientes ha resultado.

El propósito del régimen del Sanatorio debe ser mantener ó mejorar la capacidad del paciente para el trabajo, y no puede realizarse por una persona largo tiempo continuado. Si tal pereza es necesaria, entonces no es al Sanatorio, sino al Hospital, donde debe ir, para después de mejorado volver al Sanatorio. Tales consideraciones fijarán más definitivamente el rango de utilidad del Sanatorio, y ensalzarán quizá la posición del Hospital para recibir quizá toda clase de pacientes sufriendo de tuberculosis, y admitidos, particularmente, desde los grandes centros de población.

Los planes de provisión institucional para sufrientes de tuberculosis no ha alcanzado aún la última fase de evolución; pero es muy probable que se halle en una cooperación fructuosa de un Hospital receptor y múltiples Sanatorios.

C. LÓPEZ BREA,

Subinspector Médico de segunda clase.

Barcelona, 11 de Octubre de 1910.

ESTADÍSTICA DEL RECLUTAMIENTO EN ALEMANIA

DURANTE EL AÑO 1906

Ahora que se está elaborando en nuestro país la nueva ley de Reclutamiento, tiene interés el conocer cómo se practica éste en Alemania, no sólo por la razón de que su Ejército es el prototipo

de todos los demás, sino porque se asemeja mucho su problema al nuestro, toda vez que el número de inscritos que resultan útiles es superior á las necesidades del reemplazo de la fuerza permanente en tiempo de paz.

He aquí algunos datos, sacados de un periódico profesional extranjero, con las observaciones que cada uno de ellos nos sugiere:

Mozos examinados.....	1.198.189	(a)
De ellos eran de 20 años.....	527.280	(b)
Idem de 21.....	357.123	(c)
Idem de 22.....	269.432	(d)
De más de 22.....	44.354	(e)
Fueron declarados:		
No aptos para el ingreso inmediato.....	684.197	(f)
Aptos para el ingreso inmediato.....	443.385	(g)
Diferencia no explicada.....	70.607	(h)
Incorporados al Ejército.....	210.137	(i)
Idem á servicios auxiliares.....	2.628	(j)
Idem á la Armada.....	11.715	(l)
Total incorporados.....	224.480	(m)
Aptos no incorporados.....	118.905	(n)
Voluntarios incorporados.....	44.077	(o)
Total de ingresados en el año.....	267.585	(p)
Diferencia no explicada.....	972	(q)

OBSERVACIONES

(a) Este número total comprende no sólo los nuevamente alistados, sino todos los no incorporados á las filas en años anteriores por diversos motivos.

(b) Estos son los alistados nuevamente.

(c) Son los alistados y no incorporados por cualquier motivo en el año anterior.

(d) Son los alistados y no incorporados en dos años anteriores.

(e) Corresponden á aplazamientos con prolongación del tiempo.

po, sujetos aún á la obligación por haber disfrutado de ciertas ventajas.

(f) Este número tan considerable demuestra el cuidado con que se procede á elegir los individuos que han de nutrir la fuerza permanente. Tales sujetos, declarados inaptos para su incorporación inmediata, vuelven á ser reconocidos y clasificados en los años sucesivos.

(g) Individuos aptos para ingresar desde luego en filas, si es preciso.

(h) Estos individuos constituyen una diferencia entre la suma de los declarados aptos é inaptos para incorporación inmediata y el total de reconocidos. No se comprende tal diferencia, que es considerable, y sobre la cual no da aplicación el documento que tenemos á la vista. Tal vez sean excluidos como declarados inútiles de un modo definitivo, ó por otras causas.

(i) Este número, mitad próximamente de los declarados aptos para el ingreso inmediato, está constituido en un 50 por 100, próximamente, con individuos de 21 años y más, y procedentes, por lo tanto, de alistamientos anteriores, que fueron aplazados por causa física ó por conveniencia particular.

(j) Los servicios auxiliares á que se destinan estos individuos son los de establecimientos, oficinas y otros análogos, no combatientes ni inmovilizables para campaña.

(l) En Alemania no hay inscripción marítima separada, y el reemplazo de la Armada se hace conjuntamente con el del Ejército.

(m) Este número es el suficiente para cubrir las bajas de la fuerza permanente, tanto de tierra como de mar, teniendo en cuenta los voluntarios.

(n) Estos individuos son los dispensados de incorporarse en aquel año por causas de interés privado, debidamente comprobadas, pero que pueden ser llamados en caso de guerra para formar los núcleos de reemplazo de bajas ó depósitos.

(o) Entre los enganchados voluntarios deben comprenderse, no sólo los que ingresan en la milicia como carrera ó profesión, sino también los de *un año*, cuyo fin es precisamente el permanecer en filas un tiempo corto.

(p) Fuerza total, que se aplica á cubrir las bajas de la fuerza permanente.

(g) Pequeña diferencia, que debe tener su origen en la falta de

incorporación de algunos individuos por causa de fuerza mayor, defunción, ausencia, etc.

En nuestro país hay la costumbre de imitar á Francia y copiar su legislación en todas materias; pero en lo que corresponde al reemplazo de su fuerza armada, las circunstancias son muy distintas, pues allí el alistamiento no alcanza para cubrir las bajas de su fuerza permanente, y hay que forzar el ingreso admitiendo muchos soldados de cualidades físicas y morales muy deficientes. En España no existe tal necesidad, pues resulta cada año un gran sobrante de mozos útiles, y como éste el caso de Alemania (aunque en proporción menor), conviene que nuestro sistema se incline más al admitido en esta nación que al que la necesidad impone á nuestros vecinos.

J. P.

QUISTE MULTICULAR DEL OVARIO

OPERACIÓN

El día 7 del corriente mes se presentó en el Hospital militar de esta Plaza, solicitando ser admitida en el mismo, la mora Maimona Madjardt, del poblado de Axdir, perteneciente á la kabila de Beni-Urriaguel.

Es una mujer de sesenta años, soltera, de color pálido, constitución endeble, mal estado de nutrición y con un pulso pequeño y miserable. Para poder hacer mejor el interrogatorio, hacemos venir en nuestro auxilio al Intérprete de la Plaza, y por él logramos averiguar que esta mujer ha gozado siempre de buena salud, hasta hace próximamente quince años que empezó la enfermedad actual. Desde esta fecha no ha tenido, si hemos de dar crédito á sus manifestaciones, una hora buena.

Al levantarse una mañana se vió sorprendida con la aparición, en el lado izquierdo y parte más baja de su vientre, de un abultamiento que en días sucesivos observó crecía de tamaño poco á

poco, pero de un modo incesante. Se sentía molesta *después* de comer, tenía vómitos algunas veces, adelgazaba y perdía el apetito, sintiendo preferencia por las comidas más raras. Por su kabila corrió la noticia de que estaba embarazada, y esta calumnia, que pronto se abrió paso, vino á empeorar su estado, por los castigos de que la hicieron objeto sus hermanos, que la negaban todo auxilio. Transcurrió el tiempo del parto con exceso, y como aquél no se presentaba y el vientre seguía cada vez más abultado, se fué desvaneciendo aquella injuriosa imputación, reanudando las relaciones con sus hermanos, que confiaban, como ella, en que Alá le devolvería un día ú otro la salud perdida.

Así pasaban los meses y los años sin que las molestias para la enferma fueran muchas, hasta hace tres años que sufrió un notable empeoramiento. ¿A qué fué éste debido? Según la enferma, al susto que experimentó al ver partir á sus hermanos á la guerra que la kabila iba á sostener con el Roghí. Por entonces se acentuaron todas las molestias, y creció su vientre de una manera considerable.

En el momento actual, el vientre de esta infeliz es enorme, asombra contemplarlo al desnudo; bien quisieramos acompañar á la presente historia una fotografía, pero estas pobres gentes son falsamente pudorosas, y nuestra pretensión, que en diversas ocasiones hemos tratado de ver realizada, tropezó siempre con la más rotunda negativa por parte de la enferma. Para formarse idea, baste saber que el decúbito supino no deja ver la vulva, que dificulta hasta casi impedir la marcha de la enferma y entorpece la respiración, que es frecuente y anhelosa.

Hemos logrado poner en claro que en diferentes ocasiones, la mora objeto de la presente historia clínica ha tenido, durante varios días, vómitos, dolor agudo en todo el abdomen, que se irradiaba á los lomos y á las ingles, fiebre, etc., y este cortejo sintomático lo estimamos de interés porque nos ilustra acerca de la posibilidad de que existan adherencias entre el tumor y las vísceras abdominales, y, por tanto, de la mayor á menor gravedad de la intervención que hemos decidido realizar, y de su mayor ó menor facilidad de ejecución.

Por inspección se observa, además, un gran desarrollo de circulación suplementaria en la pared del abdomen y un exageradísimo aumento de volumen del mismo.

La palpación demuestra la existencia de un tumor renitente en unos sitios, de consistencia dura en otros, con multitud de abolladuras y expansiones, que se extiende desde el apéndice xifoides hasta debajo de los pubis, que ocupa por completo la pelvis y los hipocondrios, y que, al abarcarlo con manos y brazos é imprimirle movimientos de vaivén, se moviliza ligeramente sin apenas despertar dolor. La mano exploradora, palpando profundamente hacia abajo, encuentra una mayor fijeza por este lado y á la izquierda; parece como que aquí tiene *su arranque* el tumor.

Al percutir, el sonido es timpánico en algunos sitios, entre ellos la *zona* hepática; macizo en otros, no se nota temblor ni sensación de oleada en ninguno. La auscultación es completamente silenciosa.

Nada anórmal, aparte lo incidentalmente ya dicho, en los aparatos respiratorios, circulatorio y urinario. Las reglas están suprimidas desde hace bastantes años, el útero no se alcanza por parte alguna. No damos ningún dato de los que hubiéramos podido obtener por el tacto vaginal ni rectal, porque no nos han sido consentidos estos reconocimientos.

DIAGNÓSTICO

Un quiste del ovario, y del ovario izquierdo, al parecer, á juzgar por el *arranque* del tumor, por la desviación de su eje longitudinal, por su mayor fijeza abajo y á la izquierda, por las manifestaciones de la enferma, que nos decía en el interrogatorio á que la sometimos, que en ese lado notó primeramente las molestias y la tumoración. Ahora bien, ¿de qué naturaleza es este quiste? Hubiera podido ser dermoideo ó mucoso. ¿Quién lo sabía *à priori*? Lo que sí parecía, por sus dilataciones y aplastamiento, era estar constituido por la reunión de muchos tumores. De ser un quiste, pues, debía ser un quiste multilocular.

Exponiendo sinceramente los hechos, nos es obligado manifestar que desde luego aceptamos este diagnóstico; pero puestos á dudar, sólo pensamos en la confusión con un gran quiste hidatídico ó con un fibroma poliquistico del útero.

Los quistes hidatídicos son más rápidos en su crecimiento, dan á la palpación una mayor renitencia, son de superficie más lisa, se aprecia á veces el temblor de las hidátides; al percutirles, el so-

nido obtenido es el de la macidez hídrica; en el abdomen tienen su asiento de preferencia en el hígado, y crecen, por tanto, en todos sentidos, pero preferentemente de arriba á abajo, y en este caso el tumor *venía de abajo*.

Los fibromas poliquísticos del útero no suelen alcanzar tan colosales proporciones; son tumores dependientes del útero, y dejan al cirujano evidenciar casi siempre esta dependencia; se acompañan de grandes metrorragias y producen casi siempre un aumento notable en longitud de la cavidad uterina. Es verdad que no pudimos nosotros hacer histerometría ni tacto vaginal; pero sin metrorragias, y con estas proporciones, hay pocos fibromas. ¡Para qué hacer diagnóstico diferencial con las derivaciones uterinas, hematoceles pelvianas, colecciones de salpingo-ovaritis, etcétera! Casos clínicos como el descrito no pueden ser confundidos con ninguno de estos procesos. Lo mismo se nos ocurre pensar con respecto á la ascitis y á las peritonitis, cuyos diagnósticos diferenciales suponemos perfectamente sabidos de todos nuestros lectores, y los que omitimos en gracia á la brevedad.

CÉSAR SEBASTIÁN,

Médico primero.

(Continuará.)

Academia Médico-Militar.

Relación de las notas medias obtenidas por los opositores aprobados en los ejercicios del actual concurso, por orden de concepción definitiva.

Número de orden.	NOMBRES	NOTA MEDIA
1	D. Jaime Prat Sobe	119 puntos.
2	Leonardo Fernández Guerrero	114 »
3	Francisco Luque Bertrán	104,50 »
4	Joaquín Trias Pujols	103 »
5	Daniel de Paul Goyena	102,50 »
6	Luis López Ortiz	102 »
7	Ovidio Fernández Rodríguez	100 »
8	Rafael Rodríguez Rivas	97,50 »
9	Felipe Campos Albuérne	96 »
10	Bernardo Elearte Cia	95,50 »
11	Eustaquio González Muñoz	94 »
12	José Luque Bertrán	93 »
13	Manuel Valiente Izquierdo	91,50 »
14	José Linares Vivar	90 »
15	Mariano Aufruns Armengol	89,50 »
16	Enrique Sánchez Bisch	89 »
17	Enrique Rocandio Martín	87,50 »
18	Severino de Andrés Urzueta	87,50 »
19	Benigno Fernández Corredor	87 »
20	Eusebio Jimeno Sáinz	86,50 »
21	Joaquín Cotanda Llavata	86 »
22	Fernando Pérez García	86 »
23	Alfonso Areces Matilla	85,50 »
24	Pablo Jiménez Benito	85 »
25	Juan Allube Fernández	85 »
26	Domingo Moliner Aedo	84,50 »
27	Francisco Pery Belsue	84,50 »
28	Eduardo Mateo Hernández	84 »
29	Rafael Jiménez Ruiz	83,50 »
30	Agustín Pariente del Cruz	83 »
31	Enrique Monoreo Francés	82,50 »
32	Horacio González Donoso	82 »
33	Leocadio Servada Díaz	81,50 »
34	Antonio Hervias Alonso	81 »
35	Benjamín Turiño Campano	80 »
36	Arturo López Despret	78,50 »
37	Manuel Suca Moya	78 »
38	Pedro Zarco Bohorguez	77,50 »
39	Manuel Portela Herrero	77 »
40	Adalberto Rodríguez Fernández	76,50 »
41	Ignacio Bofill Combelles	76 »
42	Pedro Espina García	75,50 »
43	Pío Irigoyen Arruti	75,50 »
44	Felipe Pérez Alvarez	75 »
45	Delfín Hernández Irigaray	75 »
46	Eusebio Múgica Jaca	74,50 »
47	Nicolás Bonet Luna	74 »
48	Carlos Crivell Navarro	73 »
49	Tirso Rodríguez García	72,50 »
50	Federico Altimiras Mezquita	72 »
51	Juan Ferrada Foris	71 »

VARIEDADES

Ha sido elegido Académico numerario de la Real de Medicina nuestro querido Director, D. Manuel Martín Salazar.

*
* *

Se ha convocado á un concurso de oposiciones para cubrir ocho vacantes de Farmacéuticos segundos del Cuerpo, concediéndose cuatro plazas más, en perspectiva de nuevas necesidades, pero sin que los individuos que obtengan estas últimas tengan hasta su colocación ningún otro derecho.

*
* *

Hemos tenido el gusto de saludar á nuestro activo corresponsal en Melilla, D. Emilio Blanco Lon, Médico primero del Cuerpo.

*
* *

Se encuentran enfermos los Subinspectores Médicos de segunda D. Rufino Lomo y D. Federico Urquidi, y el Médico mayor Sr. Bernal Descalzo.

Celebraremos su pronto restablecimiento.

*
* *

Por indicación del Sultán de Marruecos ha llegado á Tánger, con objeto de cumplir varios encargos relacionados con nuestra profesión en Europa, el Médico primero, agregado al Consulado de España en Fez, D. Francisco García Belenguer.

*
* *

De regreso de Alicante, á cuya ciudad fué formando parte de la regia comitiva, hemos tenido el gusto de saludar al Subinspector Médico Exemo. Sr. D. José Alabern.

*
* *

Hállase próxima á terminar la nueva instalación de aparatos en el Gabinete de Radiografía del Hospital de Carabanchel.

Oportunamente daremos cuenta de su inauguración y perfeccionamientos, que constituirán un verdadero galardón para nuestro Cuerpo y para su primer Establecimiento nosocomial.

*
* *

En Santa Cruz de Tenerife se han puesto inyecciones del 606 á varios enfermos, por el ilustrado Médico primero Sr. Secchi de Angeli.

*
* *

El importante periódico profesional *The Military Surgeon*, órgano de la Asociación de Médicos del Ejército y Armada de los Estados Unidos, en su número de Febrero del corriente año inserta el artículo de nuestro Director, Sr. Martín Salazar, «Sobre el 606 en el tratamiento de la sífilis», dando su traducción completa.

En el mismo número aparece también un extracto detallado del trabajo de nuestro colaborador el Médico mayor Sr. Casares, acerca de «Un nuevo método para teñir los flagelos de las bacterias».

Asimismo, nuestro ilustrado colega *Le Caducée*, de París, reproduce los principales conceptos del artículo del Médico primero señor Calvo-Flores, referente á «Algunas impresiones sobre el servicio sanitario en la campaña de Melilla», cuyas conclusiones juzga de interés dicho periódico.

Nos es realmente grato, y lo será seguramente á nuestros compañeros, que los trabajos publicados en la REVISTA sean acogidos por la prensa extranjera profesional.

*
* *

En la última sesión verificada por la Asociación Filantrópica del Cuerpo fueron elegidos Vocales los Sres. D. Federico Urquidi y D. José Valderrama; Tesorero, D. Blás Alfonso Ramírez, y Secretario, D. Joaquín Aspíroz de León.

*
* *

En la tarde del 21 del pasado, dió en el Ateneo de esta Corte una notable conferencia, auxiliada por interesantes proyecciones, acerca de la educación física en Suecia, el Médico primero D. Federico González Deleito.

La concurrencia, que fué muy numerosa y distinguida, premió con nutridos aplausos y entusiastas felicitaciones el trabajo de nuestro distinguido compañero.

*
* *

En el Hospital español de Tánger, á cargo del Subinspector Médico de segunda D. Federico Baeza, se están practicando las inyecciones del 606.

Debido á los esfuerzos de tan inteligente cirujano, auxiliado por el ilustrado Médico mayor Sr. Triviño, se encuentra dicho establecimiento en condiciones tales de instalación y recursos, que no tiene nada que envidiar á nuestros hospitales europeos.

*
* *

El Farmacéutico primero Sr. Iborra ha publicado un excelente trabajo en Alicante, sobre la repoblación forestal de España.

También inserta la prensa de dicha ciudad interesantes artículos de los Jefes del Cuerpo Sres. Estrada y Parreño, acerca de la instalación de la casa de convalecientes.

*
* *

Nuestro colaborador el Médico primero Sr. García Sierra presentó, en la sesión verificada el 20 del pasado en la Academia Médico-Quirúrgica, una comunicación sobre el uso del suero anti-gonocócico, que mereció grandes alabanzas de cuantos la escucharon y tomaron parte en la discusión.



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

A propósito de la transmisión del «Trypanosoma gambiense», por Low. G. C. (*The Journal of tropical Med. and Hyg.*, núm. 14, volumen XIII.)—Bagshave ha referido recientemente que ha observado diversos casos de enfermedad del sueño en Rodesia y Nyasaland, países presumiblemente inmunes del *Gl. palpalis*; de los enfermos, algunos procedían del valle de Luanga, otros de las orillas del lago Nyassa, en cuyos lugares viven dos especies de moscas tsé-tsé, de las cuales, la *Gl. morsitans*, en mucha abundancia, y la *Gl. fusca*, relativamente rara. La primera idea que ocurre es que estas especies de moscas pueden hospedar el tripanosoma del modo mismo que, según Bruce, en el Uganda lo hace la *Gl. palpalis* y el insecto que alberga tres especies de tripanosoma animales. Pero, sentado esto, ¿por qué no se observa la enfermedad del sueño también en el Africa oriental, donde existen la *Gl. palidifex*, *fusca* y *longipennis*, ó en el Katanga, donde abunda la *Gl. morsitans*? La explicación puede encontrarse en el hecho de que la *Gl. morsitans* es inocua en las zonas elevadas, mientras que, por el contrario, puede ser capaz de hospedar tripanosoma, y hacerse peligroso si vive en los valles húmedos y cálidos, donde está difundida la tripanosomía humana.

Según el autor, á veces, estos casos de enfermedad del sueño, observados en Rodesia y Nyasaland, pueden ser debidos á una especie de tripanosoma diferente de la especie

del tripanosoma humano, ó sea el *gambiense*. Se sabe ya cuántas especies de tripanosoma existen entre los bovinos y otros animales de Africa; ¿por qué, pues, no podría el hombre hospedar alguna de estas especies, las cuales podrán serle transmitidas por la *Gl. morsitans*? El *Tryp Brucei* (Nagana) ha podido ser inoculado experimentalmente á animales de poco peso, y no hay razón alguna para que el hombre no pueda ser infectado con este parásito; del mismo modo, como se sabe perfectamente, que puede suceder lo contrario, y encontrar, por ejemplo, el *Tryp. gambiense* en los bovinos, como ha ocurrido recientemente á Bruce en Uganda. (*Giornale di Medicina Navale*. Roma.)—*J. P.*

* * *

Ensayo y dosificación de la zincopirina. (*Journal de Pharmacie et Chemie*. 1910.)—Esta sal doble, formada por una molécula de cloruro de zinc y dos moléculas de fenildimetilpirazolona [$(C_{11}H_{12}N_2O)^2ZnCl_2$] cristaliza fácilmente en el alcohol diluido, en gruesos cristales incoloros, fusible á 156°, soluble en agua fría (5-6 por 100), más en caliente (10-12 por 100) y en el alcohol diluido (40 por 100).

Una solución acuosa al 5 por 100, con unas gotas de solución de nitrato sódico, no produce cambio alguno; pero añadiendo pequeña cantidad de ácido clorhídrico, aparece color verde, debido á la nitrosifenil-

dimetilpirazolona, que, en seguida, se separa en pequeñas láminas.

El nitrato argéntico produce precipitado de cloruro argéntico.

El amoniaco da lugar á la formación del hidróxido de zinc, que se redisuelve en un exceso de reactivo.

La dosificación consiste en determinar la cantidad de hidróxido de zinc y de la fenildimetilpirazolona.

Disueltos dos gramos de cincopirina en 100 c. c. de agua, se precipita por lejía de sosa, y el hidróxido de zinc, separado por filtración, se pesa cuando seco.

El líquido resultante de la filtración se evapora hasta reducirle á 5 c. c.; se agita con benzol ó cloroforno después de haberle adicionado lejía de sosa, y después de un reposo suficiente para la separación en capas de los líquidos no miscibles, se recoge la capa acuosa para repetir por tres veces el tratamiento, y reunidos los líquidos benzólicos ó clorofórmicos, se evaporan en cápsula tarada para conocer la cantidad de residuo.

Con estos datos se determina si corresponde á su fórmula.—S. C.

* *

Exantema medicamentoso como expresión de idiosincrasia y anafilaxia, por el Dr. Klausner. (*Munch. Med. Wochenschr.*, 1910, pág. 1.451.) El autor ha inyectado 3 cobayas con una emulsión de iodoformo al 33 por 100. Uno de los cobayas había recibido, cuarenta y ocho horas antes, 5 c. c. de suero fresco de un hombre altamente susceptible á la acción del iodoformo y una inyección subcutánea de ioduro potásico; otro, 5 c. c. de suero de un hombre normal; el tercero quedó co-

mo testigo. El primer cobaya sucumbió doce horas después de la inyección de iodoformo, con los síntomas típicos de la anafilaxia; los otros dos sobrevivieron en buen estado. El autor cree por este resultado poder deducir: 1.º, la posibilidad de transmitir á un animal la anafilaxia humana; y 2.º, de acuerdo con las experiencias anteriores de Bruck, afirma que la intoxicación iodoformica es debida á la formación de una iodoalbumina, y considera la idiosincrasia para el iodoformo á la anafilaxia, á la albúmina.—F. G. D.

Tratamiento, por la tuberculina, de las tuberculosis urinarias.—De un excelente trabajo, publicado por Mantous en *La Presse Médicale*,

acerca de este asunto, copiamos las conclusiones, por ser de gran interés:

1.ª La tuberculina constituye un remedio muy eficaz de la tuberculosis urinaria.

2.ª En los 70 casos del autor se obtuvieron los siguientes resultados:

Curados	33 por 100.
Muy mejorados	48 »
Estacionados	11 »
Muertos	8 »

De los curados, 11 casos fueron de tuberculosis renales y uno de recidiva después de la nefrectomía.

3.ª Los alivios son á la vez en el estado general y en el local. El aumento de peso es á veces considerable.

4.ª Las diferentes clases de tuberculina han dado resultados análogos.

5.ª El tratamiento tuberculínico está formalmente indicado:

a) En todos los casos de tuberculosis vesical sin localización renal.

b) En los casos de tuberculosis renal bilateral recidivada después de la nefrectomía.

c) Como tratamiento después de la nefrectomía.

d) En los casos de tuberculosis renal unilateral poco avanzada.

6.^a Por el contrario, si el riñón está muy lesionado, se practicará la nefrectomía. Un mal estado general muy acentuado contraindica igualmente el uso de la tuberculina, cualquiera que sean las localizaciones tuberculosas.

7.^a El tratamiento deberá conducirse con extrema prudencia, tomando por base la atenta observación del sujeto. El buscar minuciosamente todas las pequeñas reacciones evitará cualquier accidente.

8.^a El tratamiento tuberculínico no se opone de ningún modo al tratamiento general ni á los locales, aunque es preferible abstenerse de los baños de sol.—C. J.

Un método terapéutico sencillo para el tratamiento del cólera, por Rogers. (*British Med. Journal*, 24 Septiembre de 1910)—El autor, profesor en la Academia de Medicina de Calcuta, aconseja para el tratamiento del cólera un medio que daría, según sus estadísticas, un buen resultado. Consiste en la inyección de una solución salina hipertónica de la siguiente composición: cloruro de sodio, 7,68 gr.; cloruro de potasio, 0,38 gr.; cloruro de calcio, 0,25; en 567 gramos de agua estéril.

El mantenimiento de la sangre á una alta presión de impide, según el autor, la producción de la uremia post-colérica. Haciendo tragar al enfermo pildoras de permanganato de potasa, se obtendría también de esta manera una oxidación de las toxinas, y, por consiguiente, su destrucción.

Los resultados del tratamiento pueden verse en el siguiente cuadro:

FECHAS	MÉTODO DE TRATAMIENTO	Casos.	Defun- ciones.	Por 100	
				Muertos.	Curados.
1895-1905..	Inyecciones salinas por la vías rectal y subcutánea.....	1.243	783	59,0	41,0
1906.....	Inyecciones salinas normales en las venas.....	112	57	51,9	49,1
1907.....	Inyecciones salinas por las vías rectal y subcutánea.....	158	94	59,5	40,5
1908-1909...	Solución salina hipertónica por la vía venosa.....	294	96	32,6	67,4
Agosto 1909. Julio 1910...	Solución hipertónica y permanganato.....	103	24	23,3	76,7

Medio de Esch para el diagnóstico del cólera.—El medio de Esch para el diagnóstico del cólera representa un progreso sobre el agar alcalino con sangre, de Dieudonné, tan acreditado como medio de cultivo especial del germen colérico aplicable al diagnóstico bacteriológico de esta dolencia.

El medio de Esch se diferencia del Dieudonné en el uso de la hemoglobina en lugar de la sangre. Para preparar el medio de Esch se recomienda comenzar por disolver cuidadosamente 5 gramos de hemoglobina en 15 centímetros cúbicos de solución normal de sosa, más 15 centímetros cúbicos de agua destilada. Después de una conveniente esterilización en el autoclavo se agregan 15 centímetros cúbicos de la solución á 85 centímetros cúbicos de agar neutro perfectamente liquidado por el calor. Hecha la mezcla de modo que resulte muy homogénea, se vierte en placas del modo acostumbrado, y una vez coagulado el agar, lo que sucede en muy poco tiempo, se procede á la siembra de las heces de la manera consabida.

En este medio se desarrollan rápidamente las colonias del cólera, con preferencia á la de los demás gérmenes intestinales, y presentan aquéllas un aspecto transparente, semejante á gotas de rocío, y más gruesas que las que se presentan en el medio de Dieudonné. A las veinticuatro horas de hecha la siembra, puede quedar suficientemente hecho el diagnóstico del cólera, por el carácter de las colonias, el examen microscópico del microbio y la reacción específica de glutinación. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 26 de Enero de 1911.)

* * *

Tratamiento de los nódulos de los cantantes ú otras excrescencias de las cuerdas por la galvano-cauterización.—*Nuevo cauterio protegido*, por C. J. Kœnig.—Sin que participemos de las ideas del autor, que cree preferible ese método de tratamiento al empleo de las pinzas y las cucharillas, puede prestar, no obstante, útiles servicios en los casos en que lo creamos indicado. Consta este cauterio de una vaina de cobre, fuera de la cual hace prominencia una pequeña esfera de platino que constituye el cauterio, muy fácil de distinguir cuando la luz reflejada cae sobre ella, y hecha más visible por el contraste que produce el fondo en cobre. Es su principal ventaja la de ser más fácil localizar la cauterización y dispensar más protección á las demás partes.—*Santaló*.

* * *

Tratamiento de las heridas contusas de la región de la tibia, por Mr. Lapasset. (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*.)—Teniendo en cuenta la desesperante lentitud con que curan las heridas contusas de esta región, ha ideado el siguiente procedimiento, que aplica sistemáticamente, con gran éxito en todos los casos.

La pérdida de substancia se impregna de tintura de yodo, que deseca la herida, é insinuándose en sus anfractuosidades, hace una desinfección profunda. Se termina esta primera cura colocando un apósito seco y absorbente, y poniendo una inyección de suero antité tánico.

Lo más pronto posible después del accidente, se practica la exesión de los bordes contusos de la herida, si-

guiendo con el bisturí los contornos de la piel sana, debiendo tener el conjunto un aspecto fusiforme, para suturar después con crin de Florencia, y colocar, finalmente, un apósito formado de compresas de gasa esterilizada hidrófila, algodón y una venda: nada de cura húmeda.

Si el traumatismo ha sido más profundo, alcanzando el hueso y el periostio, se asegura primero la antisepsia por el yodo y el agua oxigenada, se recubre el hueso con el periostio, y, en su defecto, con trozos de tejido célula-fibroso, suturado al catgut fino, haciendo luego un segundo plano por *capitonnage* del tejido celular, de modo que garantice la vitalidad de estos colgajos y la reabsorción del catgut.

El drenaje se reservará á los arrancamientos, desgarros ó hemorragias profundas, no dejándolo más de cuarenta y ocho horas.—*C. J.*

* * *

Acción de las sales de calcio en los procesos inflamatorios, por el Dr. Leo.—Chiari y Januschke descubrieron que las sales de calcio impedian la reacción inflamatoria consecutiva á la instilación de aceite de mostaza en la conjuntiva de algunos animales, y la congestión pleural consecutiva al envenenamiento con ióduros ó fibrolisina.

El autor cree que esta acción puede ser utilizada en la cabecera del enfermo, debiendo emplear aplicaciones locales de disoluciones neutras en casos de conjuntivitis, prefiriendo las de cloruro cálcico. Lo mismo puede hacerse en las inflamaciones de las mucosas, gonorrea, etc.

Cuando se trata de procesos in-

ternos, pulmonía principalmente, se recomendará la inyección subcutánea ó intravenosa de dosis pequeñas de cloruro ó lactato cálcico, ó el uso de grandes cantidades *per os*.

La disolución empleada está titulada al 5 por 100 como *máximum* y al 2,5 por 100 como *minimum*. La inyección intravenosa debe hacerse lentamente para evitar la acción tóxica del calcio sobre el corazón.—(*Deuts. Med. Woch.*, 1911, núm. 1.)
F. G. D.

* * *

Un caso de perniciosa dispnéica-nerviosa. (*Giornale di Medicina Militare di Italia.*)—En una conferencia pronunciada en el Hospital

militar de Cava dei Tirreni, el Subteniente Médico Antonio Rossi refirió la historia clínica de una enferma de fiebre intermitente, acompañada de dificultad en la respiración. El examen objetivo no reveló sino un ligero aumento en la matidez esplénica é inflamación faringo-laríngea; el análisis micrográfico dió resultado positivo, encontrándose el hematozoario. Con la medicación quínica desapareció la fiebre, y conjuntamente la dificultad de respirar.

El orador admite que tal dispnea era de origen nervioso, y que la infección aguda estimulaba, por medio de los productos tóxicos, los nervios pneumogástricos, ya afectados directamente por la inflamación faringo-laríngea.—*J. P.*

* * *

El salvarsán en el corea menor.

El profesor J. V. Bokay, del hospital Stefania, de Budapest, da cuen-

ta de un caso de corea menor recidivante, que habia resistido á la medicación arsenical empleada, licor de Boudin, de Fowler, mejorado rápidamente después de la inyección de 20 centigramos de arsenobenzol. La enferma era una niña de ocho años, demacrada, que sólo pesaba 19 kilogramos en el comienzo del tratamiento.

El método empleado fué la inyección hipodérmica con emulsión neutral.

En el momento de comenzar el tratamiento, la niña tenia una corea tan intensa que se hacia difícil su permanencia fuera de la cama, y hasta el lenguaje estaba alterado. El corazón estaba sano y no habia fiebre.

La única complicación fué la gangrena de la piel en el sitio de la inyección, y un vivo dolor que duró cerca de cuarenta y ocho horas.

La curación se obtuvo en cuatro semanas.

El autor menciona la obscuridad existente respecto á la etiología del corea menor, y cita la observación de Rumpel, relativa á la escasa acción del salvarsán en el reumatismo poliarticular agudo, cuyas relaciones con el corea son bien conocidas, para insistir en la necesidad de nuevos estudios sobre este asunto.—(*Deut. Med. Wochens.*, 1911, núm. 3.)—*F. D.*

* * *

El arsenobenzol en la parasifilis. (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, Enero 1911.)—Mrs. Auguste Marie y Gobbschalk han tratado por el 606 varios casos de afecciones nerviosas parasifilíticas, principalmente de tabes y pa-

rálisis general. Su conclusión es, que la inyección bajo la forma de disolución alcalina en doxisligeras, no presenta ningún inconveniente en sujetos afectados de lesiones en los centros nerviosos, y puede dar buenos resultados en estas afecciones, hasta ahora rebeldes á toda terapéutica.—*J. P.*

* * *

Anestesia general por el cloroformo en inyección intravenosa.—

El Dr. Giani ha empleado este procedimiento en dos casos. Uno de angiosarcoma del labio y otro de tumor benigno de la hipófisis. En ambos el cloroformo se inyectó en disolución salina saturada. La inyección se hizo en la safena, á cuatro centímetros y medio de su unión con la femoral. En el primer enfermo se introdujeron 1,100 c. c. de la disolución, equivalentes á 6,6 gr. de cloroformo, durando la anestesia cuarenta minutos; despertándose el operado á los siete de haber cesado la transfusión.

En el segundo se usaron 1,500 c. c. de líquido, que da unos 9 gr. de cloroformo para setenta y cinco minutos; el paciente tardó cinco su despertar.

La orina contenia después de la operación una pequeña cantidad de albúmina que desapareció á las veinticuatro horas. No hubo tendencias al vómito, ni antes ni después de la operación. La relajación muscular era completa á los cinco minutos en el primer caso y á los cuatro en el segundo.

En cuanto desaparecia el reflejo corneal se suspendia la inyección, que se volvía á empezar tan pronto se presentaba aquél. Parece tratar-

se de un buen procedimiento para las operaciones de cabeza y garganta. (*Il Policlinico*).—*Juarros*.

*
**

Chancros nuevos después de un de un tratamiento por el 606. — (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Enero 1911.)—Mr. Milian ha hecho conocer á la Sociedad Médica de los Hospitales, el caso de un enfermo que, después de curado rápidamente de varios chancros sífilíticos de diagnóstico cierto

por medio de una inyección del 606, se presentó á los tres meses con otros dos endurecidos, típicos. Hechas las comprobaciones necesarias, resultó que había reanudado las relaciones sexuales con la misma mujer; y examinada ésta, resultó con una serie de accidentes y placas mucosas vulvares que coincidían con los chancros del hombre.

La conclusión de Mr. Milian es que se trató de una reinfección, y, por consecuencia, puede afirmarse que la primera fué curada.—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Estadística sanitaria del Ejército austriaco en el año 1908.—La Memoria en que el Ministerio de la Guerra da cuenta del estado sanitario de los imperiales y reales Ejércitos, durante el año de 1908, es muy reducida en comparación con las hasta aquí presentadas: 85 páginas contra 250 que tenían anteriormente, por haber reducido el número de cuadros. También es de notar que suprime en absoluto las cifras de total de muertos, asistidos, etc., dejando sólo el tanto por ciento, innovaciones ambas no muy progresivas.

El número de enfermos fué 833,2 por 1.000 contra 826,5 por 1.000 en 1907, y 779 por 1.000 en 1906, de los que correspondieron á los hospitales y baños medicinales 382,5 por 1.000, siendo en los dos años precedentes 383,9 y 359,3 por 1.000. La máxima correspondió al tercer

cuerpo (Graz) 1.052,8 por 1.000; la mínima al décimo Cuerpo (Przemyls), 660 por 1.000.

Salieron útiles para el servicio 866,1 (1), murieron 2,50 y quedan en tratamiento 131,4.

Por grupos nosológicos se reparten:

I. Infecciones agudas...	18,9	por 1.000
II. Idem crónicas.....	62,8	»
III. Alteraciones nutritivas y de desarrollo	6,6	»
IV. Enfermedades nerviosas...	12,5	»
V. Idem de ojos.....	30,7	»

(1) Incluyendo los existentes del año anterior.

VI.	Idem del oído.....	18,5	por 1.000
VII.	Idem del aparato respiratorio.....	137,0	»
VIII.	Idem id. id. circulatorio.....	26,2	»
IX.	Idem id. id. digestivo	144,1	»
X.	Idem id. id. génito-urinario.	14,4	»
XI.	Idem del esqueleto y órganos del movimiento...	55,0	»

de una creación moderna, y hecha de una vez, presenta particularidades que deben hacerse notar. Una de las más importantes, es la juventud relativa de todo su personal y el corto número de sus Generales, que sólo por excepción pasan de la categoría de Brigada, y el de los Coroneles y Tenientes coroneles ascendidos exclusivamente por elección; por antigüedad sólo se asciende hasta Mayor ó Comandante. Para conseguir este objeto de selección del personal, los límites de edad para el servicio en filas son muy bajos (cincuenta y cinco años para los Coroneles), y hay derecho á sueldo de retiro desde los diez en servicio efectivo, existiendo una numerosa Oficialidad de reserva, preparada en Escuelas especiales, ó procedente de retirados del servicio permanente.

Los Regimientos atienden por sí á todas sus necesidades, proveyéndose, no sólo del vestuario y víveres, como entre nosotros, sino del pan, pienso, utensilio y material de todas clases, así como de sus cuarteles, que construyen y entretienen sin otra intervención del Cuerpo de Ingenieros que una inspección exclusivamente técnica.

El Cuerpo de Sanidad Militar comprende las tres ramas de Medicina, Farmacia y Veterinaria, con las categorías de Subteniente á Coronel en el primero; pero en los otros dos son muy raros los que pasan de la de Mayor. Los licenciados en Medicina que aspiran al ingreso siguen un curso de instrucción militar en una Escuela de Oficiales de reserva, y otro facultativo en los hospitales. Existen Ayudantes de Medicina, Cirugía y Veterinaria, que forman parte de una clase in-

La fiebre tifoidea ocasionó un 1,9 por 1.000 de enfermos y 0,27 por 1.000 de defunciones; la tuberculosis pulmonar, 1,4 por 1.000; la tuberculosis ganglionar, 2,8 por 1.000; el tracoma, 4,9 por 1.000; las enfermedades venereas, 52,0 por 1.000; el reumatismo articular, 13,7 por 1.000; la pulmonía, 4,6 por 1.000.

La mortalidad total fué de 3,33 por 1.000; de ellos, 2,07 por 1.000 por enfermedad, 0,36 por accidente y 0,90 por 1.000 por suicidio.

Fueron declarados inútiles temporales y convalecientes 50,07 por 1.000, é inútiles totales 53,2 por 1.000.—*F. G. D.*

* * *

Ejército búlgaro. (Información militar del extranjero, publicada por el Estado Mayor Central de España.)—El Ejército de Bulgaria fué creado, al constituirse como nación, sobre el modelo del ruso, al que debía su libertad; pero como se trata

terminada entre los Oficiales y la tropa. En ésta existen las mismas clases que en el resto del Ejército.

Los Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios se designan por su categoría militar, pero disfrutan sueldos especiales. Todos los búlgaros que profesan alguna de estas tres facultades, forman parte de la reserva de Sanidad Militar hasta los sesenta años, y pueden ser llamados á prestar servicio militar en caso de guerra; pero los mayores de cuarenta y cinco, sólo lo son para servicios de retaguardia ó sedentarios.

Cada regimiento ó batallón cuenta con uno ó dos Médicos y algunos Ayudantes. Las Divisiones, que son nueve, tiene cada una un hospital permanente, móvilizable en parte, para lo cual cuenta con el material de campaña necesario. La administración ó gestión está á cargo de un Capitán de Infantería.

El total de personal permanente lo constituyen 129 Médicos (de ellos 1 Coronel y 6 Tenientes coroneles), 18 Farmacéuticos y 24 Veterinarios (1 Teniente coronel).—*J. P.*

* * *

Memoria de la Sección de Sanidad Militar del Ejército sueco, sobre el estado sanitario del mismo en 1908.

La Sección de Sanidad Militar del Ejército sueco, que comenzó á funcionar con independencia en Enero de 1908, ha publicado los siguientes datos, recogidos en el primer año de su funcionamiento:

Varios Médicos militares fueron enviados á los hospitales civiles para perfeccionarse en su práctica, y se nombraron Comisiones al extranjero que visitaron Rumanía, Viena y Berlín.

El número de soldados oscila entre 18.462 hombres, como minimum, y 60.996, como maximum, durante los ejercicios de repetición. La enfermedad que dieron mayor contingente de ingresados en los hospitales fueron: 1.816 casos de influenza, 637 de parótidas, 405 de blenorragia, 286 de pulmonía, 155 de tuberculosis pulmonar, 132 de sarampión y 84 de difteria. La tifoidea sólo ocasionó 25 invasiones. Se revacunaron 4.409 hombres, con 2.745 resultados positivos. La mortalidad total fué de un 2,5 por 100 de la fuerza en revista.

En el reclutamiento se reconocieron 44.015 hombres, de los que fueron útiles para el servicio de armas 30.109, para el servicio auxiliar 4.246, inútiles temporales 1.456, y se desecharon 7.669.

En 37.031 reconocimientos, en individuos de veintiún años, fueron declarados inútiles 1.190 por lesiones óseas y de órganos del movimiento, 1.761 por enfermedades del aparato circulatorio, 657 por tuberculosis, 380 por enfermedades mentales, 562 por sordera ó lesiones del aparato auditivo, 388 por debilidad general y 361 por enfermedades de los ojos.

De 3.432 mayores de veintiún años, fueron inútiles 260 por afecciones del aparato circulatorio, 188 por debilidad general, 143 por tuberculosis, 108 por enfermedades del aparato locomotor, 56 por enfermedad mental y 43 por enfermedad nerviosa, exceptuando la epilepsia.
F. G. D.

* * *

Servicio de Sanidad en los Estados Unidos del Norte de América.— El nuevo Reglamento para el servi-

cio de Sanidad en campaña detalla minuciosamente las unidades y formaciones sanitarias en relación con las del Ejército. A cada División de Infantería corresponden cuatro compañías sanitarias y cuatro hospitales de campaña. A las de Caballería están afectas dos compañías y dos hospitales. Un cuerpo de Ejército consta de dos ó más divisiones y de servicios auxiliares, y á su Plana Mayor está afecta, para su servicio y el de las tropas especiales del cuerpo de Ejército, una compañía sanitaria y un hospital.

El mando de las formaciones sanitarias corresponde á los Oficiales y Jefes Médicos.

Las formaciones sanitarias en campaña son: un puesto de curación de tropas, de ordinario regimental, con los elementos de los cuerpos. A retaguardia de estos grandes puestos de curación que instalan las compañías sanitarias, generalmente uno por brigada; un puesto de reunión de heridos leves, por división también, á cargo de las compañías de Sanidad, y en tercera línea los hospitales de campaña.

Durante la noche, las formaciones sanitarias se reconocen por linternas verdes.—*F. G. D.*

Camillas sobre skis. (*Archives de Médecine et Pharmacie Militaires.*

Francia.)—«Las tropas llamadas alpinas ó de montaña, están expuestas, aun en tiempo de paz, á accidentes graves en sus marchas sobre la nieve, y la conducción de los heridos ó enfermos en tales parajes presenta enormes dificultades y peligros; para obviarlos en lo posible, Mr R. Morisson, Médico Ayudante mayor de primera clase del Regimiento de Infantería núm. 128, de guarnición en Monthus, muy cerca de nuestras fronteras, ha ideado una disposición sencilla para colocar sobre los mismos skis (patines de nieve) del herido la camilla reglamentaria ó una improvisada con las esclavinas y los bastones (alpenstok) que usan los soldados alpinos, por medio de unos suplementos de madera fuerte, y reforzados con chapa de hierro, que pueden llevarse prevenidos, así como cuerdas para el arrastre, y que ocupan muy poco sitio y no producen embarazo.»

La idea y su desarrollo nos parecen dignas de estudio, pues aunque en nuestro Ejército no existen tropas alpinas hoy, habrá necesidad de efectuar operaciones en montañas cubiertas de nieve, y son probables bajas en guerra ó accidentes en paz.—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Le nuove caserme italiane (*Los nuevos cuarteles italianos*), por el Dr. Giovanni Grixoni, *Capitán-Médico*. (Extracto de la *Rivista di Ingegneria sanitaria*.)

Está dedicado este folleto á examinar las condiciones de los cuarteles recién construídos y proyectados en Italia, y á su comparación con los de Francia, Alemania, Inglaterra, Bélgica, Suecia y Holanda, en todos sus detalles, tales como su emplazamiento, proporción entre la parte edificada y libre orientación, y de las condiciones higiénicas que han de reunir los dormitorios, cuartos para soldados indispuestos ó rebajados, vestuario, sala de policía, labores, letrinas nocturnas y diurnas, habitaciones para Suboficiales, enfermería regimental, baños, comedores, cocinas, salas de estancia diurna, cuerpos de guardia, lugares de arresto, cuadras de caballos, enfermería para ellos, guadarnés, talleres de armería, sastrería, zapatería y guarnicionero, almacenes, etc., etc.

Sobre todos estos puntos y otros con ellos relacionados, además de explicar el autor sus propias ideas, muy ajustadas al estado actual de la ciencia, enumera lo admitido como bueno en los demás países, y puede su trabajo, en ambos conceptos, ser de estudio provechoso para los que se ocupan de ingeniería sanitaria militar, tanto más, cuanto que toma en cuenta la diversidad de climas en su Península, que en este concepto es muy semejante á la nuestra.—*J. P.*

*
* *

El nuevo cuadro de inutilidades que regula el ingreso en el Ejército español, y acompaña al proyecto de ley de Reclutamiento de 1909, por el Dr. A. Morales.

Nuestro ilustrado compañero el Médico primero Sr. Morales, tras una breve y razonada crítica comparativa entre el vigente Reglamento y el proyectado y ya en vías de sanción, detalla y analiza, en un trabajo que fué publicado por los *Archivos de Oftal-*

mología hispano-americanos los cuadros que se refieren al aparato de la visión, en sus distintas clases, órdenes y números.

Demás está decir que este opúsculo es por extremo interesante á todo Médico militar, y que pone de manifiesto la habitual competencia y singular predilección del autor hacia esa clase de estudios.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 1 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 34) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Sebastián Galligo Elola y D. Román Rodríguez Pérez.
- 15 » » Real orden circular (*D. O.* núm. 37) disponiendo se convoque un concurso de oposiciones con el fin de cubrir ocho plazas de farmacéuticos segundos, cuyos ejercicios comenzarán el día 15 de Abril próximo venidero, á las diez de la mañana, en el Laboratorio Central de Medicamentos; siendo asimismo la voluntad de S. M. que para cubrir las vacantes que puedan ocurrir sean aprobados cuatro opositores más, los cuales quedarán en expectación de colocación.
- 16 » » Real orden (*D. O.* núm. 39) autorizando al Médico mayor D. José Fernández Salvador para que pueda usar sobre el uniforme la Medalla de oro de la Cruz Roja española.
- 17 » » Real orden (*D. O.* núm. 39) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico segundo D. Emilio Franco Martín.
- 18 » » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* número 41) concediendo la pensión anual de 1.125 pesetas á la viuda del Médico mayor D. Lorenzo Aycart López, y la de 1.250 pesetas á la viuda del Subinspector Médico de segunda clase, retirado, D. Juan Santaella Bejjar.
- 21 » » Real orden (*D. O.* núm. 42) concediendo licencia para contraer matrimonio al Farmacéutico primero D. Gregorio Perán Caro.

- 21 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 43) disponiendo que el Médico mayor D. Arturo Fernández Fontecha, con residencia en Zamora, en situación de excedente, continúe prestando servicio en el primer batallón del Regimiento Infantería de Toledo hasta que se incorpore el Oficial Médico nombrado para dicho Cuerpo, percibiendo aquél la diferencia de su sueldo hasta el de activo por el capítulo 13 del vigente presupuesto.
- 23 » Real orden (*D. O.* núm. 45) nombrando vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Tarragona al Médico primero D. José Luis Saavedra.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 45) disponiendo que el primer grupo de hospitales de Melilla tenga de dotación 193 camas y conserve la categoría de primera clase; que el segundo grupo, con 15 camas para oficial y 170 para tropa, y el tercer grupo, con 314, sean también de primera clase; que las enfermerías de Nador, Zeluán y Restinga, con 34, 24 y 4 camas, respectivamente, dependan del tercer grupo de hospitales, y que la de Cabo de Agua, con 5 camas, dependa del Hospital de Chafarinas.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 45) autorizando para que pueda usar sobre el uniforme la gran placa de honor y mérito de la Cruz Roja española al Médico mayor D. Federico Parreño Ballesteros.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 45) nombrando Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Canarias al Médico primero D. José Secchi de Angeli.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 45) nombrando Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Lérida al Médico mayor don Antonio Constanti Bager.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 45) nombrando Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Barcelona al Médico mayor D. Antonio Martínez Carvajal y Camino.
- 24 » Real orden (*D. O.* núm. 45) disponiendo que el Farmacéutico segundo D. Joaquin de Cortada Gaya, que sirve en el Hospital de Chafarinas, pase destinado al de Badajoz, y que el del mismo empleo, con destino en este Hospital, D. Jaime Blanch Vila, pase á continuar sus servicios al de Chafarinas.

25 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 46) concediendo el retiro para Córdoba al Subinspector Médico de segunda clase D. Vicente Amivas López de Lizaga, por haber cumplido la edad reglamentaria para obtenerlo.

» » Real orden (*D. O.* núm. 46) concediendo el retiro para esta corte al Subinspector Médico de segunda clase D. Ricardo Iglesias Díaz, por haber cumplido la edad reglamentaria para obtenerlo.

27 » » Real orden (*D. O.* núm. 47) disponiendo que los Jefes y Oficiales que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que también se señalan.

Subinspector Médico de segunda clase: D. Pablo Barrenechea Alcaín, de la Dirección del Hospital de Gerona á la del de Córdoba.

Médicos mayores: D. Gabino Gil Sáinz, del Hospital de la Coruña á situación de excedente en la primera Región; D. Francisco Ibáñez Aliaga, excedente en la primera Región, al Hospital de la Coruña; D. Eduardo Minguez Val, del Hospital de Málaga á situación de excedente en la primera Región; D. José Lasmarias Rubira, excedente en la primera Región, al Hospital de Málaga, y D. Emilio Fuentes Sáenz-Díez, excedente en Melilla, á igual situación en la primera Región.

Médicos primeros: D. Florencio Villa Pérez, del primer batallón del Regimiento Infantería de Galicia á la Yeguada militar; D. Antonio Valero Navarro, de la Yeguada militar al primer batallón del Regimiento Infantería de Galicia; D. Carlos Gómez Moreno Martínez, de la Ambulancia núm. 2 al Batallón Cazadores de Alfonso XII; D. Eustasio Conti Alvarez, del primer batallón del Regimiento Infantería de Asturias á la Ambulancia de Montaña núm. 2; D. Antonio Muñoz García, del Hospital de Chafarinas al octavo Regimiento montado de Artillería; D. Juan Barcia Eleicegui, del primer batallón del Regimiento Infantería de Murcia al Hospital de Chafarinas; D. Braulio Reino Soto, del primer batallón del Regimiento Infantería de América al primer batallón del Regimiento Infantería de Murcia; D. Julio Camino Galicia, del Batallón Cazadores de Alfonso XII al primer batallón del Re-

gimiento Infantería de Asturias; D. Antonio Moreno Palacios, del Regimiento Caballería Cazadores de Taxdirt al primer batallón del Regimiento Infantería de Guipúzcoa; D. Emilio Blanco Lon, de eventualidades en Melilla al Regimiento Caballería Cazadores de Taxdirt; D. Vicente Ferrer Ciurana, del octavo Regimiento montado de Artillería á eventualidades en Melilla; D. Juan Fernández Lozano, del grupo de baterías montadas de Ceuta al Regimiento mixto de Artillería de Ceuta, y D. Leopoldo Martínez Olmedo, del grupo de baterías de montaña de Ceuta al primer batallón del Regimiento Infantería de América.

Médicos segundos: D. Federico Ramos de Molins, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Alcántara á la primera sección, cuarta compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Antonio Pérez Núñez, de la primera sección de la cuarta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo al segundo batallón del Regimiento Infantería de Alcántara; D. Vicente Ganzo Blanco, del Regimiento Infantería de Luchana á la primera sección de la sexta compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar; D. Tomás López Mata, de la sexta compañía de la Brigada de tropas de Sanidad Militar al segundo batallón del Regimiento Infantería de San Marcial.

Médicos provisionales: D. Adolfo Ortiz de Zárate López, del Hospital de Valencia al de Madrid-Carabanchel, y D. Carlos Sastre Alba, de la Clínica de Urgencia al Hospital de Valencia.
