

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año I

Madrid, 1.º de Octubre de 1911.

Núm. 19.

SUMARIO

Los insectos que transmiten enfermedades, por R. Garcia Mercet.—*Sociedad Científica de Sanidad Militar de Barcelona* (continuación).—*Contribución al estudio fisiopatológico de la muñeca* (conclusión), por Rafael Ramirez.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: El tratamiento del cáncer por los agentes físicos.—Tuberculosis de la tráquea y de la glándula tiroides.—Las fracturas aisladas del trocánter menor.—Nuevo método para evacuar las colecciones líquidas en la cavidad de la pleura.—Los síndromes pluriglandulares.—Sobre el tratamiento de la fiebre tifoidea.—*Prensa militar profesional*: La Academia imperial japonesa de Medicina militar.—Las auto-mutilaciones para eludir el servicio militar.—Acolamiento de bicicletas para el transporte de los heridos.—*Bibliografía*: Diagnóstico de las neurastenias, por el Dr. César Juarros.—Medicina de hechos y medicina de ideas, por J. Sureda Massanet.—De la discusión acerca de la viruela y de su tratamiento mecánico, por el Dr. José Codina Castellvi.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Octubre de 1911.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

LOS INSECTOS QUE TRANSMITEN ENFERMEDADES

II

LOS ANOFELINOS

Con este nombre se designa una tribu, de la familia de los Cúlidos, que comprende los mosquitos por cuyo intermedio se propagan entre los hombres los hematozoarios productores del paludismo. En lenguaje científico vulgar se llaman *Anopheles* á todos los insectos encerrados en esta tribu; pero rigurosamente hablando, el nombre de *Anopheles* debe aplicarse solamente á un determinado número de especies, pues las restantes se agrupan hoy en otros diez y siete géneros distintos de aquél. El establecimiento de estos nuevos grupos genéricos, verificado por Theobald, ha contribuido á simplificar el estudio de estos mosquitos, pues comprendidas en un solo género el centenar, próximamente, de especies que encierra

ahora la tribu, la diferenciación de unas y otras implicaría verdaderas dificultades. De todos modos, aun después de la obra verdaderamente meritoria de Theobald, el estudio sistemático y diferencial de los Anofelinos no deja de ser difícil, y sólo puede emprenderse por personas acostumbradas á los trabajos de entomología y que hayan hecho de ellos una verdadera especialización.

En efecto; los caracteres genéricos y específicos de los Anofelinos residen principalmente en la forma de las escamas que cubren las alas, el tórax y el abdomen, y esta forma, apreciada al microscopio, suele inducir á profundos errores, dependientes del montaje de la preparación y de la incidencia de la luz sobre ella. Un *Anopheles*, por ejemplo, puede de este modo ser confundido fácilmente con una *Myzomya* ó con un *Myzorhyncus* ó con un *Pyretophorus*, pues las escamillas alares y torácicas de aquél, según la posición ó el plano que ofrecen al objetivo, aparecen de distinta forma.

El estudio, por lo tanto, de los Anofelinos ofrece muchas más dificultades que lo que pudiera presumirse leyendo, sin la debida preparación, cualquier manual ó tratado en que se expongan los caracteres diferenciales de estos mosquitos.

A propósito de esto, debe tenerse en cuenta que el confundir un mosquito con otro, no es indiferente desde el punto de vista médico, pues como no todos los Anofelinos son igualmente vectores de los *Plasmodium* de la malaria, la clase de endemia palúdica que reine en una localidad dependerá muchas veces de que sea tal ó cual la especie encargada de propagarla, y por lo tanto, el médico no la podrá diagnosticar precisamente sin saber con exactitud quién es el mosquito que la transmite. Además, como entre los Anofelinos hay algunos refractarios á la infección por los hemosporidios humanos, no podrá decirse de una región que es ó no palúdica sin conocer exactamente las especies de mosquitos que en ella viven. El interés que para el hombre, en general, y para el médico especialmente, ofrece el conocimiento completo de estos articulados, resulta tan evidente de lo expuesto que no me parece preciso insistir ni decir más sobre ello.

*
* *

Un Anofelino puede á primera vista distinguirse bien de los otros mosquitos comunes que se encuentran en nuestro país, los

Culex en el interior, la *Stegomyia fasciata* en las costas del Mediodía y Levante (1). Los *Anopheles* tienen la trompa en la misma línea que el eje del cuerpo, mientras que en los *Culex* y *Stegomyia* forma con éste un ángulo bien perceptible. Son insectos, por lo general, de patas largas, y cuyos tarsos posteriores, en la actitud de reposo del animal, no se incurvan ó inflexan hacia arriba. Sus palpos labiales ofrecen la particularidad de ser tan largos como la trompa, en uno y otro sexo, mientras que en los *Culex* y *Stegomyia* la hembra los presenta muy cortos y poco perceptibles. La mayor parte de los Anofelinos ofrecen manchas de escamillas oscuras sobre los nervios alares, pero entre las especies europeas el *A. bifurcatus*, y entre las exóticas el *A. immaculatus*, presentan las alas límpidas, mientras que algunos *Culex*, el *C. mimeticus*, el *C. C. Ficalbii*, el *C. spathipalpis*, etc., las tienen manchadas. Como estas cuatro especies de *Culex* viven en Europa, y algunas de ellas han sido encontradas ya en España, no bastará en nuestro país la simple inspección de un mosquito de alas manchadas, para calificarlo de *Anopheles*, ni tampoco el que las tenga immaculadas para decir que no lo sea, pues el *A. bifurcatus* se encuentra, por lo menos, en el Sur de la Península, y ya hemos dicho que es una especie de ala límpida.

¿Por qué otras particularidades se distinguen los Anofelinos de los otros mosquitos? Los insectos de que estoy tratando son también acuáticos en sus primeros estados; pero sus huevos, sus larvas y sus ninfas presentan caracteres particulares, que los hacen inconfundibles. La hembra deposita los huevecillos sobre la superficie de las aguas límpidas y en que haya alguna vegetación flotante. Tienen estos huevecillos forma navicular, y flotadores ó cámaras de aire en el dorso, á los lados de la línea media. Al ser depositados ofrecen entre sí una ligera aglutinación, pero la pierden rápidamente al encontrarse sobre el agua, y entonces se agrupan

(1) A propósito de la *Stegomyia fasciata*, y como ampliación á lo que dije de este insecto en el artículo que publicó esta REVISTA en su número del 1.º de Abril último, consignaré aquí que en Alicante es el mosquito común de verano, y el único que en los meses más calurosos se encuentra allí. Acabo de pasar en Alicante una temporada, y en las habitaciones no he visto otro mosquito que los *Stegomyia*. El Sr. Iborra Gadea, me asegura que á veces se encuentra también en la capital otro mosquito de alas manchadas, pero este año no lo había. Probablemente se tratará de algún *Culex* con tachas alares, ó tal vez de un *Anopheles* (el *A. maculipennis*), que he recogido en la Huerta de Alicante, en pleno campo, cerca del pueblecito llamado Muchamiel, á unos diez kilómetros de la capital.

formando cintas, polígonos ó estrellas. Grassi ha dicho que la disposición que adoptan sobre el agua los huevos de los Anofelinos, varía según las especies (los de *A. maculipennis* se agrupan formando cintas; los de *A. bifurcatus* formarían estrellas, etc.); pero este modo de pensar no ha sido confirmado por otros observadores. Más bien se admite que la disposición que adoptan sobre el agua depende de la casualidad, aunque tengan tendencia á reunirse, como todos los cuerpecillos que flotan libremente.

Las larvas de los Anofelinos son ápodas, como las de los otros mosquitos; pero carecen de sifón respiratorio, y se mantienen sobre la superficie del agua en posición horizontal (1). Por medio del aparato estigmático, dispuesto sobre la parte posterior de la cara dorsal del octavo segmento del abdomen, y de unos pelos palmeados, que aparecen lateralmente sobre los anillos 3.º, 4.º, 5.º, 6.º y 7.º de aquella región, estas larvas rompen la superficie del líquido en que viven, y se adhieren á ella fácilmente. Flotando así, pasan inadvertidas para sus enemigos naturales (los peces, las larvas de otros insectos, etc.), y se desarrollan tranquilas en aguas donde el mosquito común, por ejemplo, es perseguido y exterminado seguramente. Sergent ha encontrado en Argelia, conviviendo con las larvas de *Anopheles maculipennis* y de *A. Algeriensis*, un hemíptero acuático (el *Naucoris conspersus*) que se alimenta principalmente de larvillas. En cambio, en el mismo sitio, no podía hallar las de los mosquitos comunes, ó especies de *Culex*, que habían sido ya devoradas por su implacable enemigo. Los Anofelinos escapan bien á la voracidad de los animales que les persiguen.

De las ninfas de estos insectos poco puede decirse, pues se asemejan extraordinariamente á las de los demás mosquitos. Se diferencian ligeramente por presentar los sifones respiratorios sobre el tercio posterior del anillo torácico, y por mantenerse en el agua en posición que tiende á ser horizontal. El adulto sale de la envoltura ninfal, poco más ó menos, en las condiciones relatadas para la *Stegomyia*.

La evolución completa de los Anofelinos, desde la postura del huevo hasta la salida del insecto alado, se verifica en un tiempo variable con la temperatura ambiente. A la de 20 ó 25º c., el *Ano-*

(1) Las larvas de la *Mizomya turkhudi* adoptan posición inclinada y carecen de sedas natatorias sobre el tercer segmento abdominal. Los huevecillos de esta especie tampoco tienen flotadores. Es un Anofelino que difiere bastante de los demás.

pheles maculipennis emplea unos treinta días en desarrollarse, En países más cálidos que el nuestro puede emplear un tiempo menor. La *Myzomyia Rossi*, la *Mym. culicifacies*, la *Cellia argyrotarsis*, que viven en los trópicos, evolucionan completamente en catorce días, según Theobald.

ESPECIES ESPAÑOLAS.—Los mosquitos de España puede decirse que están sin estudiar y aun sin recoger. Es más: desde los puntos de vista médico y agronómico, no se ha hecho en nuestro país ningún trabajo original de entomología aplicada. Lo poco que sobre estas materias se ha publicado, no pasan de ser adaptaciones ó meras traducciones de lo que en el extranjero se ha escrito acerca de los asuntos que el autor se proponía tratar (1). Esto no quiere decir que no haya habido ó que no hay actualmente en España buenos entomólogos. Los nombres de D. Mariano de la Paz Graells, de don Laureano Pérez Arcas, de D. Serafín de Uhagón, de D. Francisco de P. Martínez y de algún otro naturalista menos conocido, que se dedicaron á la entomología sistemática en la segunda mitad del siglo XIX, y publicaron muy interesantes trabajos originales sobre lepidópteros, ortópteros y coleópteros de España, demuestran que en este ramo de los conocimientos humanos no fuimos muy á la zaga de los demás países cultos. Actualmente contamos con don Ignacio Bolívar, de fama mundial, el hombre que mejor conoce los ortópteros, y al que acuden en consulta todos los especialistas y todos los museos del mundo. Otros naturalistas de menos talla científica, con sus estudios sobre neurópteros, arquípteros, coleópteros ó himenópteros, contribuyen hoy á que entre los entomólogos extranjeros, los españoles figuren en muy digno lugar, y sean muy apreciados y buscados sus descubrimientos é investigaciones. Pero todos estudiaron ó estudian los insectos, desde un punto de vista desligado de la utilidad ó aplicación inmediata que puede ofrecer el conocimiento de estos pequeños seres. En resumen: que la entomología médica y la entomología agraria no se han cultivado en nuestro país, á pesar de que hemos contado y contamos con muy excelentes naturalistas. Ahora bien: si de los diversos órdenes de

(1) No excluyo de este juicio los trabajos publicados por el Dr. Pittaluga en la *Revista de la Real Academia de Ciencias de Madrid* (1905), muy interesantes y en los que habrá seguramente observaciones propias acerca de los hematozoarios humanos, pero que en la parte entomológica resultan de mera adaptación, á más de sustentarse en ellos, á veces, un criterio muy discutible, como de persona que sólo accidentalmente estudia las formas de los insectos y se ocupa pasajeramente en clasificarlos y diferenciarlos.

insectos que llevo citados, podemos decir que el conocimiento de las especies españolas se debe en gran parte á los entomólogos españoles, del orden de los dípteros (en que están comprendidos los mosquitos) no puede afirmarse otro tanto. Los dípteros de España no han sido hasta ahora estudiados por ningún compatriota nuestro. A un austriaco llamado Strobl, que vive todavía, debemos la clasificación de los que figuran en las colecciones del Museo de Ciencias Naturales, enriquecidas últimamente con las cacerías y hallazgos del Sr. Arias Encobet, un joven doctor en Ciencias de gran porvenir, que conoce ya *de visu* las colecciones de los principales Museos de Europa, y que se propone describir minuciosamente, en monografías parciales, todos los dípteros de la Península ibérica (1). Pero entretanto, á los datos que nos proporcionan los extranjeros hemos de atenernos para citar las especies de Anofelinos que viven entre nosotros. Seguramente que el número de ellas aumentará el día que se haga una exploración, no ya intensiva, sino simplemente extensiva del territorio de España, donde en todos los órdenes estamos encontrando especies africanas ó del Asia menor, pues nuestra fauna de artrópodos es la más rica de todos los países de Europa.

Según el tomo primero de la Monografía de Theobald, viven en España las siguientes especies de Anofelinos (2):

- Anopheles bifurcatus L.
- » maculipennis Meig.
- » pseudopictus Grassi.
- » pictus Loew.
- » superpictus Grassi.

El profesor de París R. Blanchard, en su obra «Les Moustiques», cita como habitantes de nuestra Península, algunas de las especies ya señaladas por Theobald. Strobl, en el *Wiener Entomologische Zeitung*, incluye también entre las especies españolas el *Anopheles nigripes* Staeg. Por último, en las colecciones del *British Museum* hay ejemplares de la *Myzomyia hispaniola* Theob, con la indicación:

(1) Un Médico militar francés, León Dufour, gran entomólogo, en la primera mitad del siglo XIX anduvo por España, y recogió dípteros de nuestro país, publicando después listas de las especies encontradas y descripciones de las formas nuevas que él había hallado ó que desde aquí luego le enviaron Graella y Pérez Arcas.

(2) En el año 1901, fecha de esa obra, su autor designaba con el nombre de *Anopheles* á todos los Anofelinos. En el tomo IV, publicado en 1907, distribuye estos mosquitos en distintos géneros y enriquece cada uno con la descripción de varias especies nuevas, entre las que figura alguna propia de nuestro país.

Nord Spain; pero en la monografía de Theobald (tomo III) á esta especie se le señala también como patria la isla de Tenerife. Yo he encontrado el *Anopheles maculipennis* en Aranjuez y Muchamiel (Alicante), y he clasificado un ejemplar que estaba sin nombre en las colecciones del Museo de Madrid, y que procedía de Mahón.

De las especies citadas, nos interesa únicamente conocer, como capaces de transportar los *Plasmodium* de la malaria, el *Anopheles bifurcatus*, el *A. maculipennis*, *Myzorynchus pseudopictus* y la *Myzomyia superpicta*; de las restantes, no se sabe que sean susceptibles de albergar aquellos hematozoarios, proporcionándoles condiciones para que efectúen su ciclo sexuado, y, por consiguiente, no nos importa aquí su conocimiento.

En otro artículo expondré los caracteres de los Anofelinos que viven en España, y completaré con algunos pormenores todo lo que sobre estos mosquitos me proponía decir.

R. GARCÍA MERCET,

Subinspector Farmacéutico de segunda clase.

Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.

(CONTINUACIÓN)

Descrita someramente la septicemia melitensis, voy á ocuparme de una manera concreta y precisa del tema que sirve de epígrafe á este trabajo. Ante todo, cúmpleme repetir mi confesión sobre el alcance de mis pretensiones. Yo comprendo, y no deja de apenarme que no sea así, que este capítulo, para realizar satisfactoriamente su objetivo, debía estar nutrido de observaciones lo más numerosas posible, y de todos aquellos trabajos complementarios que de modo concluyente dejan hoy resuelta la cuestión. Ya lo he dicho antes. Mi finalidad puede contraerse hoy, más que á la demostración de la septicemia melitensis en el Ejército, á una excitación á demostrarla, por consideraciones que estimo de un gran valor y para consecuencias que reputo de una importancia extraordinaria.

Enclavados dentro de la zona en que vive endémicamente la enfermedad, como lo acreditan múltiples casos bien demostrados en nuestra población civil, que revelan, quizá, una proporción mayor que la asignada por los autores que de ella se han ocupado entre nosotros, se imponía, con una lógica abrumadora, la idea de por qué misterioso juego de determinismo podría escapar de la invasión parasitaria el contingente de nuestras guarniciones militares. Si, contra mis presunciones, su investigación resultara negativa, yo no vacilo en afirmar que este misterio no sería desentrañable de ningún modo, en el estado actual de conocimiento de la enfermedad.

Cuando yo repaso en el capítulo de las concausas de la enfermedad, las condiciones individuales, aquellas condiciones que constituyen en el individuo un buen terreno para el cultivo del parásito, no puedo olvidar que la edad de los soldados de nuestro Ejército es la que ofrece el máximum de predisposición para la septicemia melitensis.

A parte de los hacinamientos de densidad de la población, que tan cumplidamente se realizan en los medios militares, y que aquí, como en todo proceso infectivo, pueden cooperar rebajando el tono fisiológico de los organismos, y, por consiguiente, la inmunidad natural, tengo para mí que, aun aquel hecho de novísima investigación de que la infección ataca preferentemente á las clases acomodadas, puede tener, hasta cierto punto, una explicación positiva por lo que se refiere á nuestros soldados.

Sabido es que este hecho se encadena con el modo más corriente de contagio por la leche de cabras infectadas, habida cuenta del mayor consumo que hacen estas clases del referido alimento. Ahora bien; yo no tengo experiencia de los hábitos de nuestras tropas en los cuarteles; pero si lo que ocurre entre las tropas que prestan servicio en el Hospital pudiera generalizarse al resto de la guarnición, diría que el soldado, como complemento de su ración oficial, recibe con frecuencia aquel alimento, exponiéndose más al contagio, si se tiene en cuenta que, dentro de sus medios, no podrá ser muy exigente en las garantías del producto que se le proporciona.

Realícese de este modo ó de otro de los menos comunes que se admiten, tengo la casi seguridad que el contagio existe. A este efecto, no puedo menos de recordar estos enfermos que se eterni-

zan durante varios meses en las camas de nuestras Clínicas de Medicina y de infecciones, afectos de uno de estos estados infectivos que evolucionan lánguidamente, entre sucesivas agudizaciones y remisiones, sin clasificarse jamás satisfactoriamente en el cuadro taxonómico de nuestras enfermedades comunes, y terminando por quedar comprendidos en uno de estos números equívocos del cuadro de exenciones.

Algunos de estos enfermos adoptan con una notable precisión la forma clínica clásica antes descrita.

En la mayoría de ellos, desde su Cuerpo á su ingreso en el Hospital, el conjunto de síndrome acusado impone el diagnóstico de gastritis. Ya sabemos que las gastritis del nomenclátor equivalen á las infecciones endo-digestivas de nuestras clínicas, Pero, este juicio firme, en un principio, va perdiendo valor paulatinamente hasta sucumbir por completo, más adelante, ante la singular evolución del proceso; porque se observa, no sin asombro creciente, que estas gastritis adquieren, entre aparentes declinaciones del mal, una duración inopinada, ó bien persisten ó se reproducen sin gastritis, esto es, con una absoluta extinción de los síntomas gastro-intestinales, lo cual provoca desorientaciones mayores en el juicio diagnóstico.

Cuando el primer caso sigue dominando la escena, se recorre toda la gama de infecciones colibacilares, tíficas y paratíficas, que tienen su asiento en el conducto intestinal; en el segundo, el razonamiento clínico se sumerge y se ahoga en aquella laguna de la patología médica que Brumer llenó, provisionalmente, con sus septicemias criptogénicas, verdadero Hospicio en donde se asilan las entidades morbosas infiliadas.

Sea como sea, el proceso avanza parsimoniosamente, y con las intermitencias que se registran en la gráfica ondulatoria de la fiebre, simultánea y sucesivamente aparecen los sudores profusos, las epifisialgias y las polineuritis, y, poco á poco, que hay tiempo para todo, se labora en el organismo de los enfermos la desnutrición progresiva que los conduce al estado de miseria fisiológica que se ha señalado oportunamente.

Es este un hecho que he podido recoger en varios casos en mi servicio en el Hospital, si no con la severidad y documentación que requería, ofreciéndoseme con el sello y relieves suficientes para producirme una impresión vivísima, que, sumándose á aquellas ra-

iones de necesidad que se desprenden de lo que podíamos llamar las condiciones coetiológicas de la enfermedad, me hacen esperar que, con observaciones concretas, y sobre todo con la investigación bacteriológica y la reacción de aglutinación, la septicemia mell-tensis tendrá un lugar, y quizá no despreciable, en la estadística de las infectopatías del soldado.

En Malta, donde estos trabajos se han realizado con una disciplina ejemplar, para una fuerza de revista de 8.000 hombres, se han registrado hasta cerca de 300 casos, que arrojan una proporción de más de 30 por 1.000, proporción que ha ido decreciendo á medida que las medidas profilácticas conocidas se han establecido con mayor firmeza y extensión.

Los cuadros clínicos más ó menos sospechosos entre nosotros no alcanzan, ni de mucho, estas proporciones, pues, en último término, la verdadera cifra de su valor no podrá fijarse hasta instituir aquella disciplina de procedimientos de diagnóstico, que nos permitan descubrir aquellos casos distantes del tipo habitual, ó susceptibles de ser confundidos con otros procesos morbosos.

(Continuará)

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO FISIO-PATOLÓGICO DE LA MUÑECA

(CONCLUSIÓN)

Con razón, ha dicho Ollier que los medios de unión de las superficies articulares en la muñeca forman una especie de manguito metacarpo antebraquial, periósteo-capsular; esto y no otra cosa es lo que se observa cuando se desposee á la muñeca de las partes blandas peri-articulares; pero este manguito no tiene igual resistencia en todas sus partes; se condensan las fibras que lo constituyen, sobre todo por delante, para formar el ligamento radiocúbito-carpiano; una mayor diferenciación establecen los anatómicos en el estudio de este ligamento, y si me detengo en él, es por el papel que algunos autores le atribuyen como agente activo de fracturas de radio. Por causa indirecta, es un hecho que este ligamento es fuerte y resistente; es asimismo un hecho, que parece na-

cer ó brotar por una unión del periostio epifisario radial; pero no lo es menos, que si en un cadáver practicamos la experiencia de Tillaux, produciremos la máxima distensión de este ligamento, hasta llegar á colocar en un máximum de extensión sin determinar fractura del radio; operando en una muñeca desprovista de partes blandas peri-articulares, si después medimos la distancia que existe entre las inserciones superiores é inferiores de este ligamento, y por una disección lo separamos y medimos el ligamento mismo, observaremos una longitud superior á dos centímetros á favor de éste, con relación á aquéllas; es decir, que su longitud es muy holgada, y, por consecuencia, su atirantamiento no puede ser agente activo, y más cuanto que mucho antes que este atirantamiento haya llegado á un límite extremo, ya existe conflicto óseo entre el semilunar, como punto más culminante del cóndilo superior y la glenoides radial, es decir, hay un verdadero apalancamiento, siendo la resistencia el ligamento que me ocupa secundariamente, puesto que su papel es de pura contención; sobre todo en la extensión forzada, y sólo en la supinación muy forzada, es como, embriando fuertemente al escafoides, lo he visto desprender sus inserciones radiales, pero en límites muy distantes á los que se asignan á la fractura; por consecuencia, según mis experimentos, respecto al papel activo de este ligamento, he de confesar que no he reproducido los resultados del autor de la ingeniosa teoría de la fractura de radio por arrancamiento. ¿Suceden las cosas lo mismo en el vivo? Es de suponer que sí, y aun en más favorables circunstancias, si tenemos en cuenta que las cuerdas tendinosas de la muñeca son, por sus inserciones, inferiores á este ligamento; tienen como fuerza su tensión elástica dependiente de la tonicidad propia del músculo á que corresponden, y, por consecuencia, tienen en estado de relajación constante al manguito ligamentoso metacarpo antebraquial periostio-capsular de Ollier; y como antes que vencer la resistencia que oponen dichas cuerdas, se ha establecido el conflicto entre los sistemas invariables que forman la muñeca, podemos afirmar que no será el atirantamiento extremo del ligamento lo que produzca la fractura clásica del radio.

Ahora bien; si no es agente productor, ¿tiene influencia en la dislocación de los extremos? Entiendo que tampoco, porque al distenderse primero en una extensión forzada «como la que es resultado de una caída sobre la palma de la mano», los tendones flexo-

res, una vez que deja de actuar la fuerza, se acortan y, por consecuencia, doblan la muñeca, y al doblarla relajan el ligamento: y en tal situación no concibo cómo un órgano de tensión pueda producir desviación de los fragmentos óseos. El papel de este ligamento como fijador del escafoides, limitando el basculamiento de este hueso sobre el trapezoide y trapecio, é imposibilitando la flexión del segundo cóndilo, si que es decisivo, no pudiendo el hueso grande alojar su cabeza en la flexión de la muñeca, acuña al carpo, y lo mismo hace el ligamento anterior en la extensión cembrada al escafoides y hace del carpo una sola pieza ósea, pone en juego la disposición arquitectónica de sus curvas y transmite al radio la fuerza que han recibido las eminencias tenar é hipotenar, menos la que se ha necesitado en distender los tendones flexores y deprimir las partes blandas, y sucederán varias eventualidades. 1.º O la fuerza puede ser descompuesta en la muñeca, ó no; en el primer caso, se producirá una distensión legamentosa; en el segundo, una desorganización del carpo; lo mismo sucederá si la fuerza se descompone en el codo, y en vez de descender al radio y cúbito, forma su resultante en la articulación del codo; la relajación muscular favorecerá la caída; esto es lo que ejecutan algunos gimnastas en caídas sobre la muñeca, aparatosamente sensacionales, y de aquí la conveniencia que reportarían estos ejercicios á quien, como el soldado, está expuesto á las caídas sobre la palma de la mano. No he de pasar de este punto sin dedicar algunas líneas á los sinoviales de la muñeca. La mutua dependencia de unas con otras hace feliz la expresión de Duplay: «Las torceduras graves de la muñeca no pueden ser localizadas», y da razón de la frecuencia de la anquilosis en las contusiones de la muñeca. El estudio, pues, de los movimientos que tienen lugar en la muñeca, su punto de iniciación y la participación de las dos condilartrosis, son de gran interés para el clínico, ya que de la disposición de las sinoviales de la muñeca se desprenden indicaciones preciosas para su terapéutica; pero antes estudiaré los agentes de movimiento de la muñeca. Estos son los músculos; sistematizados en cuatro grupos por Testút, son: 1.º, flexores; 2.º, extensores. 3.º, flexores internos; 4.º, flexores externos. Se disponen desde la parte superior del antebrazo donde envuelven y protegen los huesos hasta la extremidad de los dedos, pasando por la muñeca en forma de cuerdas tendinosas, por delante en forma de paquete alojado en la canal carpiana; por detrás, en

forma de abanico; sus inserciones superiores se realizan directamente en el hueso por sus fibras musculares; por abajo lo hacen por lengüetas tendinosas; su contracción aislada en grupo, obrando á modo de tirante, puede, en el caso de ser sumada á una fuerza descendente, exagerar la curva de flexión anterior del radio; ser la causa de su fractura en el punto clásico. ¿Por qué? Porque, como escribe el Dr. Madrazo, «el radio lleva en sí los elementos de su debilidad». Yo, que he tratado de comprobar este extremo, estoy convencido de la verdad de su expresión, y en verdad que esto es mucho más racional y más lógico. Se rompe en una caída por un punto que puede localizarse entre los 3 y 5 centímetros inferiores; si se practican cortes en la extremidad inferior de este hueso de centímetro en centímetro, y se mide el espesor de la sección en sus relaciones con el tejido compacto, se observa que, al nivel que se quiebra tiene precisamente mayor condensación compacta la epifisis, sobre todo hacia su borde interno, donde existe una columna compacta, que es la que primero salta ó inicia la ruptura; únase la inserción externa del pronador cuadrado, la falta de protección por partes blandas, y se comprenderá fácilmente que no es necesario que se atirante ningún ligamento que falte á ese nivel, ligamento interóseo, ni que se coloque el escafoides en ésta ni en la otra posición. Basta con que sea más débil á este nivel, y esto efectivamente, lo es; por lo demás, es evidente que si antes de romperse, y en una caída, coge debajo al escafoide, lo aplastará, y al ser su extremo superior más macizo, se hundirá en el inferior, cuya estructura es avelar por su abundancia de trama esponjosa; pero si esto sucede en el adulto, hay motivo para suponerlo igual en el niño; no, en este último punto, vulnerable está más bajo en la línea diáfisa epifisaria ó un poco por cima de la misma. Si tenemos presente que la osificación complementaria inferior se realiza á esta edad en que los mozos son llamados á filas, se comprenderá fácilmente que las fracturas del radio, en Cirugía de guerra, sean menos fracturas que en Cirugía general, y que su tratamiento tenga ó deba tener una orientación algo diferente, así como también que sean patrimonio de las contusiones de la muñeca esas localizaciones infecciosas que Klose llamó «desprendimientos agudos»; y como la disposición anatómica es la más favorable para la propagación, el carpo y la extremidad inferior del radio padezcan al mismo tiempo, y el resultado más favorable sea la anquilosis que nos

solemos oponer con tratamientos «*que suelen eliminar, lo que nos interesa conservar*», como dice Destor.

Quédame que tratar de los movimientos de la muñeca su punto de iniciación y de desenvolvimiento, y ya con los elementos que dejo apuntados, se comprenderá bien no sólo su importancia, sino que también los límites de su esfera de acción. ¿Se realizan estos movimientos en la articulación radio-carpiana y medio-carpiana, ó sólo en esta última? Destor Briax y Galloix opinan esto último, fundándose en experiencias en el vivo; Tillaux estableció la teoría clásica por sus observaciones en cadáveres; yo estudiaré este punto, ateniéndome más á lo que he visto que á lo que he leído.

Sería una inexactitud el asignar un sitio fijo á la producción de estos movimientos; ya he medido las curvas de estos movimientos en el cadáver; desprovistas de partes blandas, he señalado el seno del ángulo en cada una de las articulaciones carpianas; pero falta determinar cuál es la articulación que primero se mueve, y cuál la que completa este movimiento: una persiana de estera, al arrollarse en sí misma, nos da una idea exacta de cómo se flexiona la muñeca, aunque no cómo se extiende, potencia abajo en la extremidad de los dedos, centro de movimiento arriba, hace que se doblen los dedos por sus falanjes; el metacarpo, en sus articulaciones; el carpo, en su fila inferior primero, y superior después; tal es el mecanismo complejo de la flexión en la totalidad de la mano. Ahora bien; el carpo tiene una flexión que le es propia por los músculos palmares y cubital, y esta flexión en cadáveres comienza, en efecto, por la articulación medio-carpiana, la cual agota su curva 36° en arco de círculo, y en este momento comienza la flexión en articulación radio-carpiana hasta agotar asimismo su curva 115° ; esto puede comprobarse en el vivo, inmovilizando con el índice y pulgar de una mano la primera fila, é imprimiendo movimiento de flexión á la muñeca, se ve ser imposible su flexión más de los 36 , que algunas veces es imposible obtener en el vivo sin molestia, en el cadáver sí es fácil conseguir este ángulo, pues falta la tonicidad en los extensores, límite de este movimiento y un ángulo que he marcado en 43 á 47° , si previamente hemos seccionado los tendones extensores; sigue al desenvolvimiento del seno del ángulo de flexión inferior en el cadáver la iniciación del superior; en el vivo se realizan casi al mismo tiempo, y los dedos que lo exploran así lo perciben, de suerte que no

es después de aparecer en el dorso de la muñeca la cabeza del hueso grande cuando comienza á moverse el primer cóndilo, sino cuando aquél ha formado un arco de 34 ó 36°. En el cadáver, la observación de los pliegues de flexión nos hace ver claramente estas circunstancias, aunque entonces varían, según que esté fijo el antebrazo y móvil la mano, ó á la inversa. Los esquemas adjuntos, del Sr. Donoso, así lo muestran; estos esquemas, tomados por la observación de la flexión y extensión en mis experiencias, convienen exactamente en que la flexión comienza en la articulación medio-carpiana y términase en la radio-carpiana; el método gráfico, en el cadáver, también asegura este modo de flexionarse la muñeca, y la síntesis también se satisface, porque «en mecánica hay que admitir que curvas desarrolladas en el mismo plano, en el mismo sentido y por las mismas fuerzas, se iniciarán en el punto más distante de la potencia «músculos flexores» para agotarse en el punto más próximo»; lo mismo podemos asegurar en la extensión; sólo que en este caso se inicia arriba y se completa abajo, pues que éste es, por otra parte, el punto más próximo á la potencia extensora de los músculos extensores de los dedos. Sería un grave error el querer ver en el embridamiento del escafoides el límite de esta extensión, ya que mucho antes ha pasado el atirantamiento máximo de los tendones flexores, el vivo siente dolor y el cadáver deja percibir un crujido, y que en el vivo sería correspondiente á una distensión tendinosa que entra de lleno dentro de lo patológico.

Terminaré, pues, el presente dando las más expresivas gracias al querido compañero Donoso, por la espontánea colaboración que me ha prestado, sintiendo que las necesidades de un curso abreviado me obliguen á renunciar de documentar el presente con estudios radiográficos; pero me prometo llenar este vacío en la ocasión más próxima, y quizá cuando alguna más experiencia me haya mostrado cómo padece la muñeca del soldado, siendo entonces también ocasión pertinente para exponer la orientación que, á mi parecer, es más conveniente como terapéutica de las lesiones traumáticas.

Madrid, 25 Junio 1911.

RAFAEL RAMÍREZ,

Oficial Médico-alumno.

ACADEMIA MÉDICO MILITAR

RELACION de los señores opositores, con arreglo á la calificación definitiva y concepciones obtenidas en cada uno de los ejercicios de oposición.

Número obtenido.	NOMBRES	Primer ejercicio...	Segundo ejercicio...	Tercer ejercicio...	Cuarto ejercicio...	TOTAL de puntos obtenido.
1	D. Estanislao Cavañes Badosa	69	60	61	70	260
2	Agapito Argüelles Terrán.....	56	64	58	62	240
3	Pascual Ibáñez Centenera.....	63	48	68	55	234
4	Mariano Puig Quero.....	58	55	60	60	233
5	Miguel Guirao Gea.....	61	53	59	42	215
6	Clodoaldo Padilla Casas.....	61	52	51	47	211
7	Aniceto García Fidalgo.....	51	42	60	44	197
8	Alberto Forés y Palomar.....	41	49	55	48	193
9	Pedro Sáinz García.....	55	44	47	46	192
10	Julián Conthe Monterroso.....	41	54	51	45	191
11	Vidal Irizar Egui.....	52	42	53	42	189
12	Fermin Palma García.....	48	50	44	46	188
13	Juan Castell de Santiago.....	45	50	48	43	186
14	Antonio Peyri Rocamora.....	43	47	42	53	185
15	Pedro Galarreta Giménez.....	49	40	50	45	184
16	Roberto Solans Labedán.....	48	50	44	41	183
17	José Llorca y Llerca.....	57	40	46	39	182
18	Carlos Sáinz de los Terreros y Gómez.....	48	43	44	46	181
19	Mario Romero Plá.....	56	40	45	39	180
20	Narciso Fuentes Márquez.....	52	44	45	38	179
21	Juan Antonio López Quellas...	39	47	49	42	177
22	Pedro Torres Hervás.....	46	46	43	37	172
23	Gabriel Guerra Blanco.....	39	52	40	40	171
24	José María Pons Serena.....	42	42	38	46	168
25	Arturo Manrique Sanz.....	40	41	45	39	165
26	Ernesto Hernández Ferre.....	35	39	51	39	164
27	Martín Barreiro Alvarez.....	40	42	40	41	163
28	Emiliano Rodríguez Marchena.	37	42	40	42	161
29	Julián Rodríguez Ballester....	42	39	40	39	160
30	Isidro Horrillo García Camacho	53	35	35	36	159
31	Juan Ardizzone Guijarro.....	36	42	39	41	158
32	José Martínez de Mendivil.....	41	39	35	40	155
33	Ramón Pellicer y Taboada....	40	41	35	37	153
34	Bernardo Lizaur y de la Calle..	37	40	38	37	152
35	Benito Roldán Sevilla.....	37	40	39	35	151
36	Blas Hidalgo Sánchez.....	39	41	35	35	150
37	José Nover Almoguera.....	35	41	36	38	150
38	Antonio Ortiz Marugán.....	40	38	35	35	148
39	Luis Hernández Marcos.....	36	37	35	39	147
40	Victoriano Peché Blanco.....	35	37	36	38	146
41	Saturnino Giner Ripoll.....	35	35	37	37	144
42	Hermenegildo Botana Salgado.	35	37	35	35	142

VARIEDADES

Hemos tenido ocasión de ver la admirable instalación del cuarto de reconocimiento facultativo de la Brigada Obrera y Topográfica de Estado Mayor.

Tanto la dependencia como su dotación, hablan muy alto en favor del Coronel Sr. Fontán y del Médico primero Sr. Escribano, que no han perdonado medio de colocar el servicio sanitario de dicho Cuerpo á la altura que se merece.



Es muy digna de aplauso la campaña sanitaria que en una serie de eruditos artículos está publicando un periódico de Valladolid, bajo la firma del ilustrado Subinspector Médico de segunda clase D. Mateo Andreu.

Dichos escritos están dedicados especialmente á la profilaxis del cólera.



Por acuerdo adoptado en el último Congreso de Medicina verificado en La Haya, se ha repartido á todas las naciones una proposición que tiende á unificar la forma y color de las fichas de diagnóstico de los traumatizados en campaña.

El color blanco para los heridos leves y transportables, y el rojo para los graves, no transportables, que propone dicho Congreso, figura ya en las fichas de dotación del moderno material sanitario de nuestro país.



Con motivo de la fracasada intentona de huelga general en esta Corte, y como medida de acertada previsión, se reunieron el Exemo. Sr. Inspector de la Región y el Jefe de Sanidad de la Plaza, adoptando muy felices disposiciones respecto al lugar y número de puestos de socorro, que afortunadamente no hubo ocasión de emplear.



Ha regresado de su excursión oficial á Alemania el Médico mayor D. Emilio Pérez Noguera, distinguido higienista militar.

*
* *

En las oposiciones que se están celebrando para cubrir cuarenta y tres plazas de Médicos-alumnos de la Academia del Cuerpo, han aprobado el cuarto ejercicio cuarenta y dos opositores.

En otro lugar de este número publicamos los puntos obtenidos en cada ejercicio y la numeración definitiva de ingreso en el Cuerpo.

*
* *

Al ocuparnos en nuestro número anterior de los trabajos presentados por individuos de nuestro Cuerpo al Congreso de la «Asociación para el Progreso de las Ciencias», verificado en Granada, omitimos, por ináadvertencia, mencionar la Memoria de nuestro colaborador Sr. Juarros, titulada *Valor clínico de la locura maníaco-depresiva*, que, al igual de las otras presentadas, fué acogida muy favorablemente.

*
* *

La prensa profesional francesa dedica sentidísimos artículos necrológicos á la memoria del sabio Dr. Dieulafoy, verdadera gloria científica que perdurará á través de las generaciones médicas.

*
* *

Ha regresado de San Sebastián, acompañando á S. M. el Rey, el Excmo. Sr. D. José Alabern, Subinspector Médico de segunda clase.

*
* *

En la noche del 27 del pasado partió para Melilla el Inspector del Cuerpo en aquella Capitanía General, D. José Cabellos, siendo despedido en la estación del Mediodía por una nutrida representación de Médicos militares.



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

El tratamiento del cáncer por los agentes físicos.—Los doctores Zimmer y Cottenot, después de una extensa exposición de la acción y resultados de los distintos agentes físicos empleados en el tratamiento del cáncer, deducen las siguientes conclusiones:

a) Los solos cánceres que pueden ser tratados por los medios físicos con exclusión de la cirugía, son los epitelomas cutáneos bien limitados y de pequeñas dimensiones, los epitelomas tubulados de las mucosas y los sarcomas.

Entre los epitelomas cutáneos, los tubulados ceden generalmente á todos los modos de tratamiento, tales como radioterapia, radio, frío y alta frecuencia; los lobulados justifican el empleo de la chispa ó del ácido carbónico. La irradiación por sí sola puede hacer desaparecer ciertos sarcomas profundos.

b) Los rayos X, el radio ó la fulguración aportan con su modo de acción personal un elemento útil á la cirugía en el tratamiento de los cánceres, cuya ablación total al bisturí es imposible.

c) La radioterapia es capaz de ejercer efectos paliativos pasajeros, sobre los cánceres inoperables.

Cualquiera que sea el fin que se proponga la irradiación, la acción del radio y la de los rayos X son idénticas; sólo la mayor ó menor facilidad de aplicación del uno ó del otro determinará las preferencias.

Pero en la elección de un tratamiento intervienen aún múltiples consideraciones, sacadas de la si-

tuación del enfermo, de la experiencia personal del médico, etc.

Por lo demás, todos estos modos de tratamiento están aún en estudio, pero sus indicaciones se precisan cada día más.

Creemos haber indicado todo el interés que presentan, y mostrado que al lado de la terapéutica quirúrgica de los cánceres debe reservarse un puesto importante á los agentes físicos, sea como procedimientos exclusivos, sea como auxiliares del bisturí.—(*Le Journal Médical Français*, 31 Julio 1911.)—
J. P.

.

Tuberculosis de la tráquea y de la glándula tiroides, por Guthrie.—

Un individuo de treinta y cuatro años entra en un sanatorio por tuberculosis pulmonar; á los dos meses, mejoría notable del estado local y general y desaparición de los bacilos en los esputos, no obstante lo cual, aqueja disnea interna y accesos de sofocación. Reconocido al laringoscopio, se ve, á un centímetro por bajo de las cuerdas, obstruída la tráquea por un tumor que nace de la pared anterior y que obliga á abrir dicho conducto, y entonces se ve el tiroides infiltrado, duro y muy adherido al conducto traqueal, cuyos dos primeros anillos estaban erosionados, por lo cual decide una intervención que realiza á poco, separando una gran porción del primer anillo necrosada, y varios trozos de tejidos infiltrados. Todo marchaba bien y la cánula fué separa-

da, pero al cabo de tres meses la disnea obliga á colocarla, disnea producida por tejido cicatricial desarrollado á expensas de los anillos traqueales resecaados.—*Santaló.*

* * *

Las fracturas aisladas del trocánter menor.—Binet y Hamant acaban de estudiar estas fracturas, poco conocidas, con motivo de un caso personal. (*Revue de Chirurgie*, núm. 5, 1911.) En la actualidad no se conoce caso alguno ocurrido en la edad madura; todos los historizados fueron, ó de menos de diez y nueve años (4 casos) ó de más de ochenta (2 casos). Las causas predisponentes parecen ser la osteoporosis senil y la presencia del cartilago de conjunción, y las determinantes, salvo los traumatismos directos, son siempre una caída ó un esfuerzo violento para evitarla ó, lo que es lo mismo, casi siempre un arrancamiento del trocánter menor por una contracción exagerada del psoas.

Los síntomas principales de la afección son tres: *dolor*, *impotencia funcional* y *tumefacción local*. El dolor, que irradia á la articulación ó á los lomos, es muy vivo; á la presión se encuentra un punto doloroso, muy claro, á tres dedos por debajo del pliegue de la ingle. La impotencia funcional reviste el tipo de signo de Ludloff: posibilidad de levantar el talón y la pierna estando acostado en la cama, é imposibilidad de hacerlo estando sentado en ella. La tumefacción y equimosis suele faltar algunas veces.

El diagnóstico hay que hacerlo con la confusión de la cadera, en que el choque es directo y los dolores difusos, y las fracturas de cue-

llo en que hay acortamiento, signo que falta siempre en la fractura del trocánter menor. La radiografía disipará todas las dudas. Pronóstico favorable. Tratamiento puramente ortopédico, inmovilización y masaje precoz.—*Juarros.*

* * *

Nuevo método para evacuar las colecciones líquidas en la cavidad de la pleura.—El Dr. Charleris indica el procedimiento preconizado por Holmgren en estos casos, utilizando la acción del aire, en vez de la aspiración habitual.

He aquí cómo se opera: Se practican dos punciones, la una en el décimo espacio intercostal, en un punto equidistante entre la línea axilar posterior y la escapular. La cánula se une á un tubo de caucho, á través del cual se escapará el líquido patológico. La segunda punción se efectúa en el espacio intercostal inmediatamente superior. La cánula se pone en comunicación con un frasco lavador, ó con una botella cualquiera á medio llenar de agua, y cerrada mediante un tapón atravesado por dos tubos de vidrio. De estos dos tubos, el uno es corto, y sólo llega hasta la parte inferior del tapón, y el otro es largo, y se sumerge hasta el fondo de la botella. El tubo corto está en relación con la cánula, y el otro se halla en conexión con una jeringa, mediante la cual se puede hacer penetrar aire en el pecho.

Cuando se han verificado las punciones, el líquido pleurítico, que se halla bajo presión, se escapa libremente á través de la cánula baja; pero si hay intermitencia en la salida ó el paciente nota alguna mo-

lestia, como disnea, tos, etc., se envía un poco de aire por la cánula superior; los trastornos desaparecen y el líquido se escapa libremente.

Procediendo así, es posible evacuar hasta la última gota de la colección pleurítica, sin que el enfermo sienta la menor incomodidad.

La presencia del aire en la pleura no provoca ninguna enojosa consecuencia, y se puede verificar la absorción gradual del aire volviendo el pulmón á funcionar sin hallarse sometido á una descompresión brusca. Puede también emplearse el oxígeno, que se absorbe más rápidamente.

La estadística de Holmgren es muy favorable, y los enfermos sólo han acusado ligerísima elevación térmica, y alguna aceleración del pulso.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, Julio 25, 1911.)—*J. P.*

* *

Los síndromes pluriglandulares.

En su reciente tesis, Rol fundamenta una clasificación general sobre las asociaciones glandulares conocidas. Esta clasificación comprende tres tipos: 1.º El síndrome pluriglandular constituye un tipo clínico bien definido: mixedema, bocio exoftálmico, acromegalia, enfermedad de Addison, etc.—2.º El síndrome pluriglandular asocia tipos clínicos definidos.—3.º El síndrome pluriglandular no realiza tipo clínico bien definido.

En este último grupo figuran los siguientes síndromes: tiro-genital; tiro-hipofiso-genital con distrofia ósea ó con distrofia adiposa; tiro-suprarreno-genital; tiro-suprarreno-hipofiso-genital. Deben figurar aparte las alteraciones glandulares

comprobadas en la enfermedad de Puget, de Parkinson y la esclerodermia, en que es imposible saber con exactitud el grado en que interviene la lesión glandular.—*Juarros.*

* *

Sobre el tratamiento de la fiebre tifoidea.

—En una lección acerca de la fiebre tifoidea, reproducida en su libro sobre la *Terapéutica usual del práctico*, M. Robin resume como sigue, en una especie de prescripción tipo, la medicación á recomendar para un caso de forma común de mediana intensidad:

1.º Aerear bien la habitación. No sobrecargar la cama de coberturas. Hacer cambiar de vez en cuando la posición del enfermo.

2.º Cepillar diariamente los dientes y encías con un cepillo suave, cargado de polvo siguiente:

Carbonato de cal precipitado.....	75 gramos.
Polvo de jabón.....	20 »
Perborato sódico.....	3 »
Alcanfor finamente pulverizado.....	2 »
Esencia de anís.....	VI gotas.

Hacer en seguida lavar la boca y gargarizar con la solución siguiente, tibia, al baño de maría:

Naftol B.....	0,10 centigramos.
Perborato sódico.....	25 gramos.
Agua destilada de menta....	200 »

Agua destilada para un litro, c. s. Para un gargarismo.

Se servirá del mismo líquido para limpiar la lengua, los labios y los alrededores de la boca, de los ojos y de las narices.

3.º Como alimentación y bebida, litro y medio de leche fresca, descremada, y medio litro de caldo del cocido, desgrasado. Completar tres

litros y medio á cuatro litros de líquido por limonadas frescas de vino viejo tinto, ó de champagne, infusiones aromáticas calientes, café muy claro y aguas minerales.

4.º Mañana y tarde, un gran lavado de tres cuartos de litro, introducidos sin presión, con agua hervida, á la temperatura de la habitación, y adicionada de una gran cucharada de licor de Labarraque.

5.º Mañana y tarde, un sello de 25 centigramos de biclorhidrato de quinina. Después de cada sello, dar algunos sorbos de limonada fresca ó un poco de caldo.

6.º En las veinticuatro horas, dar, por intervalos regulares, una cucharada de una poción de extracto de quina y benzoato.

7.º Vigilar las funciones intesti-

nales. Si la diarrea falta, ó si no se verifica más que una sola deposición, dar por la mañana un purgante á base de sulfato de sosa, y la misma sal cristalizada en el agua oxigenada.

8.º Auscultar el pecho dos veces al día, y cuando se note éxtasis, aplicar veinte ventosas secas: diez en el dorso y diez en el pecho.

9.º Auscultar el corazón, y si se acelera ó el enfermo tiende á la cianosis, administrar 10 centigramos de sulfato de esparteina, repartido en el día en 10 dosis de un centigramo.

Finalmente, aplicar sistemáticamente la medicación por los baños fríos.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 30 Agosto 1911.) J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La Academia imperial japonesa de Medicina militar.—Dada la heterogeneidad de procedencias de los Médicos y Farmacéuticos militares en el Japón, y, por consecuencia, la desigualdad de su valor científico, se crea esta institución, que difiere de la Escuela de Val-de-Grace, y que constituye una verdadera Escuela de perfeccionamiento, siendo para los Médicos lo que viene á ser la Escuela de Guerra para los Oficiales.

Dos veces por año se decide el número de Médicos y Farmacéuticos destinados á la Academia. Los Médicos divisionarios presentan sus candidatos, elegidos entre los Médicos que se han hecho notar en la práctica médico-militar, y que son

capaces de llevar á mayor extensión su educación científica.

Los Oficiales destinados á la Academia se dividen en tres grupos:

a) Estudiantes ordinarios: Médicos mayores de segunda clase, Ayudantes mayores y Farmacéuticos que toman parte en los cursos de conjunto.

b) Estudiantes especiales: son los Médicos que quieren perfeccionarse en una especialidad.

c) Estudiantes con el empleo de Médico mayor de primera clase.

El programa de los cursos comprende en tiempo ordinario:

Para los Médicos: higiene militar y bacteriología, cirugía de guerra, radiología, arte dentario, patología

interna, oftalmología, oto-rino-laringología, sifilografía, táctica, topografía, servicio de sanidad en campaña y legislación internacional.

Para los Farmacéuticos: farmacología, química aplicada á la higiene del Ejército, farmacopea japonesa comparada con las extranjeras y legislación internacional.

Los estudiantes ordinarios permanecen seis meses, y un año los especialistas.

Los Médicos mayores de primera clase, cuatro meses, durante los cuales pueden dedicarse á estudios generales ó á una especialidad.

Por regla general se dan estas enseñanzas en la Academia, pero también ofrecen su concurso las Universidades, Institutos clínicos, laboratorios y hospitales civiles y militares.—(*Le Caducée*, Septiembre 2, 1911.)—*J. P.*

* * *

Las auto-mutilaciones para eludir el servicio militar, por Wiewirowski. Oberarzt del Regimiento 58. Raras en Alemania, son muy frecuentes en Rusia. lo que no extrañará al lector, si tiene en cuenta la estructura y modo de ser de ambos ejércitos. Cita el autor, entre las observadas por él personalmente, las siguientes como más frecuentes:

Dilataciones del recto producidas por la introducción de una esponja que permanece veinticuatro horas, muy frecuente en la Galitzia. Producciones de hernias, más frecuentes hoy día por la divulgación de los métodos de curación radical, y que tienen como característica la redondez y forma esférica del tumor, que no presenta inclinación al-

guna. Muy rara es la desarticulación del dedo grueso del pie, así como también la flexión forzada del índice por retracción cicatricial, y las retracciones cicatriciales de todas clases consecutivas al empleo de cáusticos.

En estos últimos años se ha observado frecuentemente la producción artificial de tumores, mediante el empleo de las inyecciones de parafina. inyecciones que han servido igualmente para simular orquitis y epididimitis.

También se han observado flemones debidos al uso de inyecciones irritantes de trementina, enolina, aceite de crotón al 1 por 100, nitrato de plata al 5 por 100, etc. El sitio de elección para estas inyecciones es la mano, y su duración es muy prolongada. Durante la guerra ruso-japonesa, muchos soldados los utilizaron para alejarse del centro de operaciones militares.

La blenorragia artificialmente provocada, bien por la inyección de orina de otro enfermo en el conducto uretral, ya por la aplicación de algodones empapados en pus blenorragico en el meátor, es muy frecuente, y quizá no sea rara en nuestro Ejército, sobre todo durante la campaña del 1909. En la guerra sud-africana abundaron los disparos voluntarios sobre un brazo ó una pierna para ser alejados de la línea de fuego, disparos que en algunas ocasiones tuvieron consecuencias fatales.

Por último, han observado también muchos autores, supuraciones provocadas del conducto auditivo externo que en un caso provocaron una otitis media y meningitis, seguidas de muerte.—(*Deust. Milit. arzt. Zeit.* 1911. Heft 12).—*F. G. D.*

Acoplamiento de bicicletas para el transporte de los heridos.—J. Nozol, en el *Militair Genees Kundig Tijdschrift*, refiere que el acoplamiento de dos bicicletas ordinarias para el transporte de los heridos, se verifica mediante tres tubos de acero ligeros. Uno de los tubos une entrambos los dos montantes anteriores de la bicicleta situados por encima de la horqueta; el segundo se interpone entre los montantes posteriores al mismo nivel. Cada una de sus extremidades está sólidamente fijada á tornillo, descansando sobre los montantes. Estos tubos sirven para soportar una camilla cualquiera por medio de ganchos de suspensión.

Las direcciones de las dos bicicletas se fijan merced al tercer tubo de

acero, más ligero que los precedentes, y que se une á ellas en virtud de una articulación que hace los movimientos completamente solidarios, y permite si hubiese necesidad de ello, asegurar la marcha del conjunto por un sólo ciclista. Cuando el acoplamiento no se utiliza, las piezas accesorias de transporte son cargadas á medias por cada bicicleta ó son mantenidas á lo largo mediante correas. A este efecto, el tubo impar puede ser dividido ocupando aisladamente cada extremidad la correspondiente bicicleta.

Con la provisión de tan ligeros medios de transporte, se comprende cuán fácilmente se hacen gemelas dos bicicletas.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Agosto 1911.)—J. P.

BIBLIOGRAFÍA

Diagnóstico de las neurastenias.—Conferencia dada en el Instituto Rubio, el 18 de Mayo de 1911, por el Dr. César Juarros, del *Querpo de Sanidad Militar*.

La marcada afición y acreditada competencia de nuestro distinguido colaborador Sr. Juarros, en el estudio de las afecciones mentales, le ha proporcionado ocasión de exponer en esta interesante conferencia una metodización especial, digámoslo así, para el más fácil diagnóstico de enfermedad tan común ó tan de moda en estos tiempos.

Mostrando el autor un gran espíritu de observación y un vehementemente deseo de que se afine la investigación de los síntomas, ó lo que es igual, los fundamentos de un diagnóstico preciso, fustiga á los profesores que afirman la existencia del proceso en cuestión,

descuidando la exploración de los órganos lesionados, causantes indirectos del síndrome neurasténico.

Propone una clasificación de las neurastenias en cuatro grupos, que comprenden la constitucional, la aguda, las sintomáticas y las pseudo-neurastenias. En la descripción de cada una de ellas sobresale la juiciosa inquisitiva del autor, siquiera en algunas cuestiones se exprese en forma quizás demasiado gráfica para un auditorio exclusivamente profesional.

Aparte de esta insignificante apreciación, que en manera alguna disminuye el mérito del trabajo, nuestro compañero Juarros ha prestado un señalado servicio á la verdad de la causa que con tanto acierto defiende, y que le valió muy merecidos aplausos y adhesiones.

A ellos unimos nuestra felicitación más sincera.—J. P.



Medicina de hechos y medicina de ideas, por J. Sureda

Massanet (1).

Con estilo original y correcto, discurre el autor en extenso preámbulo acerca de las antiguas civilizaciones con relación á los grandes descubrimientos científicos, yendo á parar en una erudita reseña histórica á tiempos más recientes, en que cayeron por tierra sistemas y teorías mantenidas durante siglos, sin que los más sabios de entonces osaran derribarlos.

Para el Dr. Sureda, la observación, el razonamiento, la fuerza de los hechos, en una palabra, tiene mayor ascendiente que las mismas verdades experimentales que abrillantan la Medicina contemporánea.

El exceso de cultura científica, dice el autor, diversifica las funciones de la sociedad, y no es justo pensar que el especialista mire al hombre por la sola faceta de su especialidad, pues siempre será el *antropotécnico* de que hablara Stokwis.

Sureda espera mucho del progreso, pero considera quimérico sustraer á los hechos de ese *quid divinum* que el hombre siente y no se explica.

(1) Discurso inaugural, leído en el Colegio Médico-Farmacéutico de Palma de Mallorca (20-I-1911).

Reciba el autor nuestro caluroso aplauso, pues bien lo merece quien en los ratos que le deja libre su especialidad de ginecólogo, demuestra tanta suficiencia en tan arduas cuestiones filosóficas.

J. P.

*
* *

De la discusión acerca de la viruela y de su tratamiento mecánico (Real Academia de Medicina de Madrid), por el Dr. José Codina Castellví.

En este folleto trata el autor de desvirtuar las teorías expuestas por el Dr. Criado y Aguilar acerca de la evolución y yugulación de la pústula variolosa.

Combátese también en este trabajo el procedimiento propuesto por el Dr. Criado para anular, mediante la destrucción mecánica, los avances evolutivos de la pústula y sus consecuencias.

Como para juzgar de una cuestión es necesario oír á las dos partes, y sólo conocemos una de ellas, nos limitamos á agradecer al autor el envío de su monografía, haciendo votos porque el apasionamiento inconsciente de esta clase de controversias permita hacer luz en tan interesante problema clínico, dada la elevada reputación científica de los contendientes.—J. P.

SECCIÓN OFICIAL

14 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 204) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Cuerpo que á continuación se expresan pasen destinados en comisión al Hospital de Melilla sin causar baja en sus destinos ó situación, y que los Médicos mayores que figuran en la relación perciban la diferencia de su sueldo hasta el de activo, por el capítulo correspondiente del presupuesto, debiendo efectuar su incorporación con la mayor urgencia:

Médicos mayores: D. Antonino Alonso y Fernández,

excedente en la octava Región por Real orden de 6 del actual (D. O. núm. 198), y D. Joaquin Aller y Auge, excedente en la primera Región por Real orden de 6 del actual (D. O. núm. 198).

Médicos primeros: D. Francisco Fernández y Cogolludo, de la Academia Médico-militar; D. Braulio Reino y Soto, del Regimiento Infantería de Murcia, 37, y don Joaquin Benito y Azorin, del Regimiento Infantería del Infante, 5.

Médicos segundos: D. Pedro Espina y García, del Regimiento Infantería de la Constitución, 29; D. Antonio Pérez y Núñez, del Regimiento Infantería de Al cántara, 58, y D. Rafael Ramírez y Rivas, del Regimiento Infantería de Murcia, 37.

14 Septiembre. —Real orden (D. O. núm 204) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á servir los destinos que se señalan:

Médicos primeros: D. Rafael Llorente y Federico, de la Comandancia de Artillería de Melilla al Regimiento Cazadores de Alfonso XIII, núm. 24 de Caballería; don Cosme Valdovinos y García, del Regimiento Infantería de San Fernando, núm. 11, á la Comandancia de Artillería de Melilla; D. José Hernando y Pérez, del Regimiento Infantería de Mallorca, núm. 13, al primer batallón del de San Fernando, núm. 11, debiendo efectuar su incorporación con urgencia; D. Pedro Lombana Rañada, del Regimiento Infantería de África, núm. 68, al primer batallón del de Cantabria, núm. 39, y D. Agustín Van-Baumberghen y Bardaji, de la Casa militar de S. M. y en comisión en la Academia Médico-Militar, al primer batallón del Regimiento Infantería de África, número 68, cesando en la expresada comisión é incorporándose á su destino con urgencia.

Médicos provisionales: D. Alberto Salgado y Salgado, del Regimiento Infantería de Cantabria, núm. 39, al primer batallón del de Bailén, núm. 24, y D. Carlos Sastre y Alba, del Regimiento Infantería de Bailén, número 24, al primer batallón del de Mallorca, núm. 13.

Real orden (D. O. núm. 204) disponiendo que el Farma-

- céutico segundo D. Antonio Xiberta Raig, que presta sus servicios en la Farmacia militar de Madrid, núm. 2, pase destinado sin ser baja en dicha Farmacia al Hospital de Melilla, incorporándose con la mayor urgencia.
- 14 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 204) concediendo licencia para contraer matrimonio al Subinspector Médico de segunda clase D. José Moriones López.
- 15 » » Real orden (*D. O.* núm. 205) disponiendo que el Médico segundo D. Felipe Pérez Alvarez, con destino en la octava compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, pase destinado en comisión, y sin ser baja en su destino de plantilla, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Murcia, al que se incorporará con urgencia.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 205) disponiendo que el Médico primero D. Olegario de la Cruz Repila, de la Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, pase destinado en comisión á la Academia Médico-Militar, sin causar baja en su actual destino de plantilla.
- » » » Real orden ((*D. O.* núm. 205) disponiendo el abono de la gratificación de equipo y montura, correspondiente á los meses de Julio y Agosto de 1910, al Médico primero D. Antonio Carreto Navarro.
- 16 » » Real orden (*D. O.* núm. 207) disponiendo le sean abonadas al Médico primero D. Emilio Pacheco Fuentes, desde 1.º de Enero del año actual, las diferencias de sueldo de su empleo al superior inmediato, por hallarse en posesión de dos cruces rojas del Mérito Militar pensionadas, que le fueron concedidas con anterioridad al año 1901.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 207) disponiendo le sean abonados, para extinguir el tiempo de obligatoria permanencia en Baleares, los nueve meses y veinticinco días que sirvió en comisión, en Melilla, durante la última campaña, el Médico primero D. Ignacio Pardo Lardies.
- » » » Real orden (*D. O.* núm. 207) concediendo licencia para contraer matrimonio, al Médico primero D. Práxedes Ilisterri Ferrer.

- 16 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 207) concediendo licencia para contraer matrimonio, al Médico primero D. Alejandro Rodríguez Solís.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 207) concediendo licencia para contraer matrimonio, al Médico primero D. Bonifacio Collado Jaráiz.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 207) concediendo licencia para contraer matrimonio, al Médico mayor D. Bernabé Cornejo García.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 207) concediendo ingreso en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo al recluta excedente de cupo de la zona de Valladolid, D. Fidel de Pablo Mateos, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 207) concediendo ingreso en la Reserva gratuita facultativa del Cuerpo al excedente de cupo, afecto al Regimiento Infantería del Rey, número 1, D. Enrique Bouthelier Saldaña, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 208) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. José González García, á los Médicos mayores D. José Salvat Martí y D. José Moreno López, y á los Médicos primeros D. Julián Minguillón Soto, D. Jerónimo Fortezo Martín, D. Diego Brú Gomis y D. Francisco Mora Caldés.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 209) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo, á los Médicos primeros D. Francisco Escapa Bravo y D. Emilio Soler Rodríguez, y á los segundos D. Antonio Vallejo Nájera y D. Juan Nuevo Díaz.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 210) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico mayor D. Julio Aldás Torres.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 207) disponiendo que los Médicos primeros que deseen ocupar una vacante de ayudante

te de profesor de la Academia Médico-Militar, deberán tener destino en Madrid, y promover sus instancias en el término de diez días, á partir de esta fecha, acompañando copia de las hojas de servicios y hechos, y teniendo presente que han de desempeñar la suplencia de la clase de Servicios sanitarios, Medicina legal é Higiene militar.

19 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 208) disponiendo que los Oficiales del Cuerpo que á continuación se expresan pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Médicos primeros: D. José Carpintero y Rigo, de la ambulancia montada de la cuarta Región, al primer batallón del Regimiento Infantería de Mallorca, número 13, efectuando su incorporación con toda urgencia; D. Carlos Corso y Serrano, del 9.º Regimiento montado de Artillería, á la ambulancia montada de la cuarta Región; D. Adrián Gavín y Bueno, del Regimiento Infantería de América, núm. 14, al 9.º Regimiento montado de Artillería.

Médico segundo: D. José Luque y Bertrán, de la tercera compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Guadalajara, núm. 20, efectuando su incorporación con toda urgencia.

Médicos provisionales: D. Carlos Sastre y Alba, del Regimiento Infantería de Mallorca, núm. 13, al Hospital de Valencia; D. Angel Navarro y Molins, del Regimiento Infantería de Guadalajara, núm. 20, al primer batallón del de América, núm. 14.

- 20 » Resolución del Consejo Supremo de Guerra y Marina (*D. O.* núm. 211) concediendo la pensión anual de 1 200 pesetas á la viuda del Subinspector Médico de segunda clase D. Hermenegildo Balmori Pardo, y la de 1.650 á la del Inspector Médico de segunda clase D. Manuel Acal Rigaut.
- 21 » Real orden (*D. O.* núm. 210) disponiendo que se convoque un concurso de oposiciones con el fin de cubrir ocho vacantes de Farmacéuticos segundos del Cuerpo, comenzando los ejercicios el día 1.º de Diciembre

- próximo, á las diez de la mañana, en el Laboratorio Central de Medicamentos, y debiendo ser aprobados cuatro opositores más, los cuales quedarán en expectación de destino.
- 21 Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 211) concediendo al Médico mayor D. José Fernández Baquero la cruz de segunda clase del Mérito Militar con distintivo blanco y pasador del «Profesorado».
- » » Real orden (*D. O.* núm. 211) concediendo al Médico mayor D. José García Montorio la cruz de segunda clase del Mérito Militar con distintivo blanco y pasador del «Profesorado».
- » » Real orden (*D. O.* núm. 211) concediendo al Farmacéutico primero D. Miguel Robles Pineda la gratificación de Industria, y disponiendo sea extensivo este beneficio á todos los Jefes y Oficiales destinados como aquél en el Laboratorio sucursal de Medicamentos, de Málaga, cuyo devengo se les deberá abonar desde 1.º del mes corriente, con cargo al fondo de venta de medicamentos.
- 23 » Real orden (*D. O.* núm. 213) concediendo prórroga del plazo reglamentario para que puede trasladarse desde la Coraña á Madrid, por cuenta del Estado, la familia del Médico mayor D. Angel Jack Ocampo.
- 25 » Real orden (*D. O.* núm. 213) disponiendo se amplíe el plan de estudios de la Academia Médico-Militar con la clase de «Psiquiatría», que debe ser desempeñada por un Médico mayor que tenga destino en Madrid, y debiendo los que deseen ocuparla promover sus instancias en el término de diez días á partir de esta fecha, acompañando copia de sus hojas de servicios y de hechos y demás documentos acreditativos de su idoneidad.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 215) disponiendo que los Médicos primeros D. Antonio Muñoz García, D. Manuel Bastos Ansart, D. Antonio Ferratges Tarrida y don Pedro Lombana Rañada pasen destinados, respectivamente, al Hospital de Alhucemas, Comandancias de Artillería é Ingenieros de Cartagena, Casa Militar de S. M. y Junta Facultativa del Cuerpo; los Médicos

segundos D. Eustaquio González Muñoz y D. Eusebio Mújica Jaca pasen destinados en comision, respectivamente, al Hospital de Ceuta y á eventualidades en dicha plaza; y el segundo D. Manuel Valiente Izquierdo y el provisional D. Arcadio Garcia de Castro Raya pasen destinados, respectivamente, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Cantabria y al primer batallón del Regimiento Infantería de la Reina.

25. Septiembre.—Real orden (*D. O.* núm. 215) disponiendo que el Médico provisional D. Luis Sieiro de la Riva, destinado al Regimiento Infantería de Tetuán, núm. 45, procedente del de Navarra, núm. 25, continúe prestando sus servicios en Seo de Urgel hasta que se incorpore su relevo.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 215) disponiendo que el Médico primero D. José Pastor Pérez, destinado á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Barcelona, procedente del Regimiento Cazadores de Talavera, 15 de Caballería, continúe en la plaza de Palencia prestando sus servicios hasta que se incorpore su relevo.

28 » » » Real orden (*D. O.* núm. 215) disponiendo que el Subinspector Médico de segunda clase D. Federico Parreño Ballesteros, y los médicos mayores D. José Barreiro de la Iglesia y D. Francisco Garcia y Garcia pasen destinados en comision al Hospital de Melilla, sin causar baja en sus destinos ó situación.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 215) disponiendo que los Médicos mayores D. Aurelio Salceda Salceda, D. Ignacio Gato Montero y D. Francisco Maranges del Valle pasen destinados en comision al Hospital de Málaga, sin ser baja en su actual situación.

Con este número repartimos un prospecto del medicamento GONOSÁN Y MERGAL, preparado por la importante casa **Enrique Frinken**, de Málaga.