

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año III

Madrid, 1 de Septiembre de 1913.

Núm. 17.

## SUMARIO

*Supresión total de la inducción de cierre en los tubos Roentgen mediante el interruptor «Monopuls», por B. Navarro Cánovas.—Una observación de insuficiencia velopalatina primitiva, por el Dr. A. Ramírez Santaló.—El «Vichy Catalán», por Pedro Pérez Casaval.—Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona.—Necrología: Don José Urrutia y Castro.—Don Cayetano Gómez Martínez.—Variedades.—Prensa médico-farmacéutica: De la anestesia local en la reducción de las luxaciones.—El germen de la parálisis espinal infantil.—Un nuevo método de profilaxia venérea.—Estudios bacteriológicos en el intestino de los niños de pecho.—Tratamiento de los epitelomas cutáneos por el ácido acético cristalizabile.—La anafilaxia por los alimentos.—Tratamiento tiroideo en la retracción de la aponeurosis palmar.—El uso sistemático de la irrigación rectal en el tratamiento de la neumonía.—Prensa militar profesional: Observaciones médico-militares en el Ejército montenegrino.—Las epidemias y las heridas durante la guerra sueco-finlandesa de 1808-1809.—La vacuna antitífica como medio curativo en el Ejército serbio.—La cirugía en la guerra de los Balkanes.—Sección oficial.*

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Septiembre de 1913.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

## Supresión total de la inducción de cierre en los tubos Roentgen

### MEDIANTE EL INTERRUPTOR *MONOPULS*

Desde que Roentgen descubrió esos misteriosos rayos que llevan su nombre y que denominó rayos X, ha sido una preocupación constante de todos los radiólogos, médicos é ingenieros, la de evitar que en la ampolla Roentgen se forme más de un foco luminoso principal. Compréndese el interés que este asunto despertara siempre en el personal técnico de Radiografía, si se considera que la proyección de sombras de los tejidos no puede obtenerse con nitidez y con la mayor finura de detalles, existiendo varios focos de luz que al mismo tiempo emiten rayos sobre aquéllos, produciendo penumbra y aspecto difuso de las imágenes radiográficas. Y no quiere esto decir que sea esta la causa única de las imágenes difusas en radiografía, pues existen otras que dan origen á los rayos secundarios ó parásitos, responsables del defecto mencionado, y de las cuales no nos ocuparemos en este momento, pero es la causa

principal, la más importante y la que, por tanto, interesa más suprimir.

Para la mejor inteligencia de este asunto nos vamos á permitir unas breves consideraciones fundamentales:

Una bobina ó carrete de Rumkorf está constituida substancialmente de dos carretes ó solenoides; uno, que cierra circuito con el manantial eléctrico (batería de acumuladores, red industrial, etc.), y recibe el nombre de primario. La corriente eléctrica que por éste circula ha de ser interrumpida y establecida. El otro carrete cierra circuito con los dos polos del tubo Roentgen, y se denomina secundario.

En el sistema de aparatos Roentgen de bobina-interruptor, que nos ocupa, se desarrollan en el secundario de ésta al cierre y á la apertura de la corriente eléctrica primaria, dos corrientes instantáneas sucesivas, de elevada tensión y de inverso sentido.

Un tubo Roentgen conectado por sus polos con los correspondientes del carrete secundario, recibe ambas corrientes, atravesándolo siempre la de apertura, que se transforma en el interior del tubo en luz catódica y rayos X, y es la única descarga útil á los fines radiológicos por la construcción especial de los tubos que permite se constituya en el plano emisor (anticátodo) de los rayos Roentgen un punto radiógeno principal (punto de fusión ó focus), de donde emanan los rayos Roentgen que se han de utilizar en la obtención de las proyecciones radiológicas.

La corriente inversa de la bobina, la inducida al cierre del primario, es altamente perjudicial si atraviesa el tubo. En tal caso se producen en el interior del mismo multitud de focos luminosos, de puntos radiógenos, que imposibilitan la obtención de buenas imágenes. Pero, además, ofrece esta corriente inducida otro grave inconveniente, y es el de pulverizar los metales del tubo, metalizándolo, endureciéndolo y acortando su vida extraordinariamente, lo cual, desde el punto de vista económico, interesa mucho evitar, por tratarse de un material tan costoso como son los tubos Roentgen.

Para suprimir la inducción de cierre se construyen diferentes modelos de válvulas, que se montan en serie en el secundario de la bobina. Los tubos modernos están provistos de dispositivo valvular para el mismo fin, y de las buenas y modernas instalaciones radiográficas forma parte lo que se conoce con el nombre de auto-inducción variable, en forma de acoplamiento de Walter. Este in-

dice basta para comprender la importancia del problema que nos ocupa.

Hasta la fecha no se ha logrado con ninguno de los medios conocidos la supresión total de la inducción de cierre en todos los casos y circunstancias, no ya solamente en el sistema de bobina-interruptor, ni aun en los de corriente alterna. Dentro de ciertos y reducidos límites sí se ha conseguido que la chispa de cierre no se produzca en los tubos, y es en las regiones de poco espesor del organismo, operando con tubo blando y con escaso potencial eléctrico en el secundario; pero en el momento en que hay que elevar este potencial reduciendo la autoinducción primaria para utilizar un tubo duro ó medio duro, ó con el fin de acortar el tiempo de exposición aumentando la descarga, ya estamos amagados de la inducción de cierre, con todos sus graves inconvenientes.

Preocupado con este asunto desde el año próximo pasado, he construído un aparato que titulo interruptor *Monopuls*, con el cual he resuelto este importante problema de técnica radiográfica.

Constituye un sistema de interrupción doble combinada de los dos circuitos, primario y secundario, de la bobina.

El fundamento científico del interruptor *Monopuls* es el siguiente:

Si en el momento del cierre de la corriente primaria mantenemos abierto el circuito secundario y á suficiente distancia los polos ó extremos de éste en el punto de su interrupción, la corriente inducida que se produce en el secundario al cierre del primario no llega al tubo, y éste, por tanto, no se ilumina. Si, por el contrario, en el instante de la apertura ó interrupción de la corriente primaria, el circuito secundario está cerrado, la corriente inducida de apertura llega al tubo, verificándose la descarga y la iluminación del mismo. Resulta de lo expuesto últimamente una interrupción doble y combinada, como antes hemos dicho, de los circuitos primario y secundario, ó más propiamente de la corriente primaria y del circuito secundario, lo cual da por resultado que el tubo se ilumina por una serie de impulsos de apertura que llevan un mismo sentido, mientras que los de cierre no solamente no atraviesan el tubo, sino que ni siquiera le alcanzan, pudiendo afirmarse que éstos no se producen en la bobina. Tal resultado representa el ideal de la radiografía en este punto concreto que tratamos.

### Descripción del aparato.

(Véanse los adjuntos esquemas.)

El aparato consta de tres partes fundamentales y son: dos discos, *A a*, y un eje *B*, con el cual giran, puestos en movimiento por un motor.

Los discos son de substancia aisladora de la electricidad, y es-

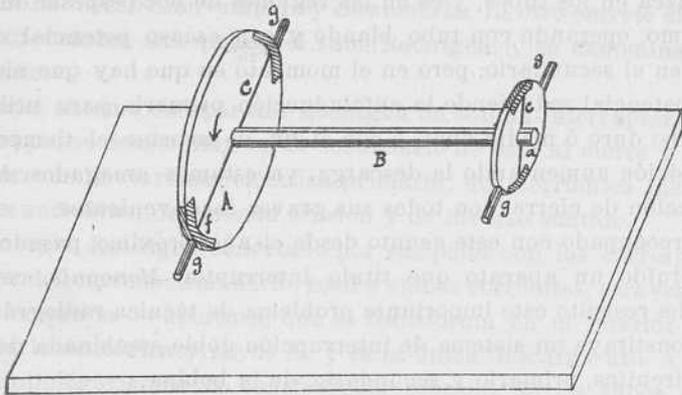


Fig. 1.<sup>a</sup>—Posición en apertura del primario y cierre del secundario.

tán acoplados por su centro al eje mencionado. Ambos están atravesados diametralmente por un conductor metálico *cc* que termina

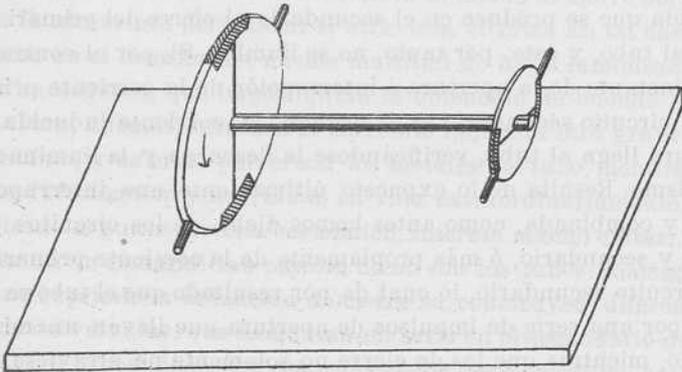


Fig. 2.<sup>a</sup>—Posición en cierre del primario é interrupción del secundario.

en sus extremos en dos sectores *ff*, metálicos también. Sobre el borde de ambos discos rozan dos escobillas *gg* que cierran circuito

en uno (disco *a*) con el primario de la bobina y en el otro (disco *A*) con el secundario de la misma.

Los discos están decalados de tal forma que, al girar, en el momento del cierre de la corriente eléctrica primaria, ó sea al ponerse en contacto las escobillas con los sectores metálicos del disco primario, el circuito secundario está interrumpido, porque los sectores metálicos de este disco no establecen contacto con las escobillas del mismo. Y en el instante de la interrupción de la primaria, el circuito secundario está cerrado, por estar en contacto las escobillas del secundario con los sectores metálicos del disco respectivo. El disco primario se halla sumergido en aceite aislador.

El aparato se pone en movimiento á beneficio de un motor, el cual puede dar hasta 2.000 revoluciones por minuto, y como en cada revolución se verifican dos interrupciones, el número de éstas puede alcanzar la excesiva é innecesaria cifra de 4.000 interrupciones por minuto. Con la mitad de las interrupciones, ó sean unas 30 por segundo, basta para obtener una luz perfectamente uniforme.

El aparato ha sido construído en el Laboratorio de Automática, fundado y dirigido por nuestro insigne compatriota Sr. Torres Quevedo, y que, dicho sea de paso, es un centro de trabajo que honra á España, porque en él se construyen aparatos de precisión como en cualquier punto importante del extranjero, llenando una necesidad que hasta hace dos años, fecha de su instalación, no se podía satisfacer en nuestro país en lo referente á trabajos de investigación científica, cuya finalidad realiza tan cumplidamente. Al frente de los talleres se halla D. Juan Costa, de excepcionales dotes para asuntos de construcción.

Los ensayos verificados en este Laboratorio con el interruptor *Monopuls*, conectado con una bobina de 30 centímetros de chispa y 10 amperios de carga máxima en el primario, han sido concluyentes. El tubo se ilumina de una manera intensa y absolutamente uniforme. A igualdad de amperaje, su iluminación es más potente que con cualquier otro interruptor. La hemiesfera iluminada es perfectamente distinta de la opuesta, sin sufrir oscilación ninguna.

Las pruebas efectuadas hasta ahora no me han permitido pasar de 10 amperios en el primario, porque la bobina no admitía mayor intensidad; pero en un momento de descuido llegué á 15

amperios sin dificultad ninguna. Réstame hacer pruebas de resistencia de los materiales que integran el aparato, y de máxima intensidad eléctrica en el primario con bobina de mayor potencia.

Pero, además, me interesa dar á conocer otro hecho importante, derivado de la construcción especial del aparato, y es el de que se pueden desdoblar las dos corrientes inducidas que integran el rendimiento de una bobina. Basta para ello colocar dos escobillas en el disco del secundario, en dirección perpendicular á la de las otras dos escobillas del mismo disco, y conectar una con un polo de la bobina y la otra con el polo opuesto de la misma. De esta manera quedan formados dos circuitos con sus correspondientes escobillas, uno que recoge la inducción de cierre y el otro la de apertura. Pueden trabajar al mismo tiempo dos tubos Roentgen: uno iluminado con la descarga de cierre y el otro con la de apertura, ó darle otra aplicación eléctrica que por hoy no se conoce.

El aparato *Monopuls* substituye al interruptor de toda instalación de tipo bobina-interruptor, y puede trabajar también como un interruptor ordinario, para lo cual basta desconectar el disco secundario de la bobina.

B. NAVARRO CÁNOVAS,

Profesor de Radiografía y Jefe de este servicio  
en el Hospital militar  
de Madrid - Carabanchel.

---

## Una observación de insuficiencia velo-palatina primitiva

---

Mencionada por primera vez dicha forma por Roux, y señalada por Demarquay, Passavant, Trélat y Gairaud, la insuficiencia velo-palatina no fué realmente conocida hasta la completa descripción que de ella hizo Lermoyez. Antes que él, se explicaba dicha anomalía invocando la cortedad exagerada del velo; pero las medidas exactas que dió dicho autor refutaron aquella afirmación, demostrando á la vez que la cortedad de la bóveda ósea es la cau-

sa de los síntomas observados. La lesión, añade, es debida al paladar óseo, y el síntoma al velo; es, pues, una insuficiencia relativa. El velo ha guardado sus dimensiones normales, y el espacio que le separa de la pared faríngea posterior es demasiado grande, por haber avanzado en el sentido antero-posterior lo que ha perdido la bóveda palatina.

La anomalía mencionada es á menudo desconocida, y esto explica el reducido número de observaciones publicadas. Muy rara vez el enfermo consulta por su pronunciación gangosa, que estima como defecto irremediable, por ser de nacimiento, y es con motivo de un examen accidental que vemos un velo de aspecto normal, pero que no se aplica á la faringe, ni durante la emisión de las vocales ni aun por los más violentos reflejos. Algunos autores pretenden que la aplicación exacta del velo contra la pared faríngea posterior sólo se produce durante la deglución, y que en la fonación su papel se reduce á elevarse, detalle de escasa importancia, siendo, además, difícil muchas veces establecer la diferencia entre la elevación parcial ó total. Como quiera que sea, sólo se conocen una veintena de observaciones de la anomalía objeto de estas líneas, y esa es la razón principal que me decide á dar á conocer la historia clínica del enfermo por mí observado.

C., de diez y siete años de edad, se presenta en mi consulta por una insuficiencia nasal, que padece desde hace varios meses y que es más acentuada durante la noche. Nada nos dice de sus antecedentes hereditarios y patológicos que ofrezca interés, y su aspecto, sin ser robusto, no es malo. No presenta ninguno de los signos de degeneración que se ha dicho acompañan á la insuficiencia velo-palatina. Al examinar la boca, se nos presenta cerrada; el labio inferior sin ofrecer modificación, y los incisivos y caninos regularmente implantados. La bóveda ósea tiene un aspecto normal, sin ojiva; al tacto se reconoce fácilmente su borde posterior, y las medidas de esta región acusan las cifras siguientes:

|  |        |
|--|--------|
| Desde los incisivos al borde posterior del paladar óseo, |        |
| en la línea media . . . . .                              | 52 mm. |
| Desde los incisivos hasta la base de la úvula . . . . .  | 72 »   |
| Desde los incisivos hasta la faringe bucal . . . . .     | 100 »  |

El velo no presenta alteraciones en su coloración y es más largo que de ordinario. En efecto, en lugar de 24 mm., longitud

media que le señala Lermoyez, tiene 28 mm. La profundidad de la faringe nasal que, aunque muy variable, le señalan 14 mm., mide en nuestro enfermo 20 mm.; circunstancia que permite, al igual que ocurre en todos los individuos con una disposición semejante, ejecutar muy fácilmente la rinoscopia posterior, ya que la introducción de un espejo del núm. 4 no ofrece dificultad, y en nuestro caso nos revelaba una faringe inflamada y cubierta de abundante moco, sin vegetaciones adenoideas.

Por la rinoscopia anterior veíamos un tabique sin alteración de importancia, y una hipertrofia blanda y considerable de ambos cornetes inferiores.

Las alteraciones funcionales eran las que acompañan á la comunicación permanente entre las faringes nasal y bucal; imposibilidad de silbar con alguna intensidad y voz gangosa, que ofrece el tipo de la rinolalia abierta de Kussmaul; las vocales *a*, *e*, *o*, toman un tipo nasal y las pronuncia *an*, *en*, *on*, mientras que un espejillo, colocado delante de las fosas nasales durante su emisión, se empaña. Al hablar nuestro enfermo, hace gestos, y las alas de la nariz se aplastan durante la emisión de vocales fuertes para compensar, en la escasa medida que ello es posible, la insuficiencia del velo.

El conocimiento de la causa de los trastornos que durante la fonación ofrecen los individuos que aquejan la deformidad que estudiamos, no presenta dificultades, y por la simple inspección de las partes la reconocemos fácilmente. Dicho examen nos permite eliminar todas aquellas que originan la insuficiencia secundaria ó sintomática, y que motivan idéntica sintomatología por igual mecanismo: la no oclusión de la faringe superior y su continuidad con la bucal perturba el fisiologismo de ciertos actos que para su perfecta ejecución exigen la incomunicación de dichas cavidades.

Entre las causas que motivan aquella perturbación, son de las más frecuentes las parálisis del velo, por excepción congénitas, la mayoría de veces debidas á enfermedades infecciosas, recabando la difteria la casi totalidad de este grupo. En él podemos incluir ciertas alteraciones de la musculatura de dicho diafragma, bien descritas por Garel, observadas en algunos neurasténicos, y que se traducen por paresias pasajeras. Las perforaciones del paladar, sean traumáticas ó consecutivas á ciertos procesos, y de ellos la sífilis motiva la inmensa mayoría, producen los mismos trastornos.

Mencionaremos las vegetaciones adenoideas, los tumores de la nasofaringe, y en determinadas circunstancias los de las fosas nasales, y ciertas formas de hipertrofia de las amígdalas palatinas y otros procesos de esta región, como capaces de dar lugar á la rinolalia abierta, que también puede producir la división acentuada del velo ó de la bóveda, de origen congénito.

Combatimos la hipertrofia de los cornetes en nuestro enfermo por la galvanocaustia, y con tal proceder y el uso, además, de los tópicos indicados, logramos la curación de su obstrucción nasal y de la faringitis que padecía.

Nos faltaba reparar la insuficiencia del velo: desgraciadamente, su tratamiento es poco eficaz, ya que de la prótesis no podíamos prometernos nada útil, toda vez que al velo insuficiente agregamos una membrana blanda ó dura, que hace el papel de velo paralizado. La faradización de los pilares posteriores no ha dado resultados satisfactorios, como tampoco el peregrino consejo de Escat, recomendando la cauterización lateral de la faringe para que el tejido cicatricial que se forme tire del velo hacia atrás... Nada, pues, hicimos, y en casos análogos nos será preciso limitarnos á una educación ortofónica, con la que lograremos, en ocasiones, una mejoría notable.

DR. A. RAMÍREZ SANTALÓ,

Médico mayor.

---

## EL "VICHY CATALÁN,"

---

No pretendo hacer una detallada descripción topográfica de este saludable y magnífico establecimiento balneario, enclavado en las proximidades del pueblo de Caldas de Malabella, en la provincia de Gerona, á 16 kilómetros de esta ciudad y 82 de Barcelona; ni tampoco es mi ánimo hacer la de la composición química de sus aguas, puesto que el análisis de ellas figura en cualquier Guía oficial de aguas minero-medicinales, practicado por eminencias médico-farmacéuticas de todas épocas, y más posteriormente por el sabio Catedrático de la Facultad de Farmacia de Barcelona, Dr. Tremols.

Sólo deseo en estos mal trazados renglones comunicar mis impresiones acerca de la bondad de aquéllas y de sus maravillosos resultados, deducidos de mis personales observaciones y de los datos que amablemente me han facilitado el Director facultativo del Establecimiento, D. Mariano Fernández, y sus agradecidos clientes.

Las aguas que constituyen el Vichy catalán, y cuyos manantiales emergen en el interior de un cerro próximo al citado Establecimiento, están incluídas en el grupo taxonómico de las bicarbonatadas sódicas cloruradas é hipertermales (entre 59° y 60° 9 centígrados), con una exuberante cantidad de ácido carbónico libre. Dicho se está que de esa constitución de las aguas se derivan dos grandes indicaciones terapéuticas: la que forma su carácter francamente alcalino por el predominio químico del bicarbonato sódico (cerca de tres gramos por litro de agua), y la que se funda en su elevada termalidad con sus variadas aplicaciones balneoterápicas. Así se explica la variedad de enfermos que acuden á hacer uso de las aguas del Vichy catalán, víctimas de la inmensa gama de procesos que tienen por origen las múltiples formas de dispepsias, catarros gastro-intestinales y de las vías biliares y vejiga, y diversas afecciones utero ováricas, como las que son debidas al artrismo, gota, colelitiasis y diabetes sacarina.

He recorrido la mayor parte de los establecimientos de aguas minero-medicinales similares á las del Vichy catalán en España, y generalmente en todos he observado un alivio momentáneo en el paciente al poco tiempo de hacer uso de ellas, debido á las múltiples concausas que se acumulan en beneficio del enfermo, quizá con más poder que las mismas aguas medicinales, como son: el cambio de clima y de régimen, pasando de las fatigas del negocio, del bufete ó de la oficina á la tranquilidad de la vida sedentaria, y sin emociones; pero establecida la aclimatación, ó con motivo de alguna transgresión en el régimen, vuelve el primitivo estado, aunque sea algo atenuado, para reaparecer con toda su intensidad á los dos meses próximamente de hacer la vida normal.

Con el uso continuado de las aguas del Vichy catalán sucede todo lo contrario: es una curación radical la que se obtiene, apareciendo el apetito á los pocos días de tomarlas, y aumentando la potencia digestiva en una proporción inverosímil. No citaré el caso de mi curación de una dispepsia hiperclorhídrica, probablemente

artrítica é inveterada, para que no se crea que es la impresionabilidad fascinadora la que mueve mi pluma; hablaré de los diferentes enfermos de gastropatía curados por el Vichy catalán, que se hicieron rebeldes al Vichy francés, y que por agradecimiento vuelven al primero, lamentando sólo el tiempo y el dinero que perdieron yendo al extranjero á buscar, y no encontrar, lo que tenían dentro de casa.

Es de admirar esos enfermos diabéticos por artritis que llegaron al Vichy catalán con 40 y 50 gramos de glucosa por litro de orina, que á los quince días quedó rebajado á 10, para á los veinte quedar reducido á cero. Podría citar muchos otros casos de curación de enfermedades que debieron su origen y se sostenían merced á una anomalía en la asimilación de principios inmediatos, consiguientes á trastornos de la nutrición celular; pero eso daría mucha extensión á estos apuntes, y renuncio á ello. Ahora se me ocurre preguntar: ¿á qué se debe la acción tan rápida y segura de estas aguas en el tratamiento de tan complejas dolencias? ¿Por qué su beneficiosa influencia en la curación de la diabetes, especialmente de origen artrítico? ¿Será por su gran mineralización alcalina, por la gran cantidad de radium que poseen, ó entrará en su composición algo aún desconocido? No seré yo quien se atreva á contestar tales preguntas, cuando las personas competentes aún no lo han hecho; pero no creo aventurado asegurar, respecto á esta última enfermedad, que el proceso hepático que siempre le acompaña y que tan radicalmente modifican estas aguas, sea una de las razones de su provechosa acción á los diabéticos.

Como complemento á todo lo manifestado, debo decir que el Establecimiento de Vichy catalán, rodeado de frondosos parques de recreo, constituidos por gran número de plátanos, acacias y eucaliptus, y de bosques donde abundan los pinares y alcornoqueros, es, más que un balneario, un excelente sanatorio que une su acción tónica y oxigenadora á lo beneficioso de sus aguas; agréguese á esto una magnífica y completa sección balneoterápica, una espléndido mesa restaurant con variado y selecto menú, aderezado inimitablemente por excelente cocinero, y unos propietarios amables y espléndidos, que sólo procuran hacer agradable la estancia de los concurrentes, y se comprenderá por qué el Vichy catalán es hoy el primer establecimiento de aguas minerales de España y superior á muchos reputados del extranjero, hasta el punto de que si

algún amigo ó cliente me consultase á qué establecimiento acudiría para curarse el artrismo y sus secuelas la dispepsia, diabetes, procesos del hígado, etc., le diría: «¿Quiere usted curarse haciendo una vida tranquila de campo y confort? Vaya usted á hacer uso de las aguas del Vichy catalán.»

No terminaré estos apuntes, sin antes hacer una declaración y una aclaración importantes: la primera es de profunda gratitud á mi querido amigo y compañero el Médico mayor D. José Valderrama, que fué quien me recomendó el uso de estas aguas; y la segunda, para ponerme á cubierto de algún pensamiento ó juicio poco piadoso á que tan propensa es la humanidad, manifestando que todo lo antedicho es espontáneo y propio de la ingenuidad en mí peculiar, y que si me lo ha podido inspirar la gratitud de mi corazón, jamás lo ha podido hacer ni lo hará un móvil de mezquino reclamo ó de poco delicado interés, pues sólo deseo hacer un bien á mis semejantes tan grande como el que yo he conseguido; y á la vez contribuir con mi granito de arena á evitar que sean sólo los españoles los que desconozcan esta joya del suelo patrio, combatiendo también esa enfermedad nacional, más perniciosa aún que las antes citadas, que nos corroe, seduce y aniquila: el extranjerismo.

PEDRO PÉREZ CASAVAL,  
Subinspector Médico de segunda clase.

---

## Sociedad científica de Sanidad Militar de Barcelona

---

### MISIÓN DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR

FUNCIÓN HIGIÉNICA NACIONAL Y SOCIAL EN LAS POSESIONES ESPAÑOLAS DEL NORTE DE AFRICA

---

(CONCLUSIÓN)

Del *conocimiento geológico*, así como de los demás elementos que integran la cuestión climatológica, habrán de derivarse *informes para el debido emplazamiento de poblados, ó la rectificación de*

*colonias militares que hayan perdido su valor estratégico*, y que por abandono pudieran comprometer el porvenir higiénico, como sucedió con la ciudad de Batavia, á propósito de la cual se ha dicho que su mala elección (hecha por la Compañía holandesa de las Indias Orientales) ha costado á Holanda más hombres que una larga guerra.

Un metódico estudio de los territorios norte-africanos podría adelantar una *clasificación rápida de zonas urbanizables*; porque sin garantías para poder hacer en lo porvenir un buen alcantarillado, ó para disponer de un caudal de aguas sanas, no debe llevarse adelante la edificación de una colonia, ya que con ello lanzaríase injustamente un censo de muerte ó un gravamen económico imponderable sobre las generaciones venideras.

De capital importancia habrá de ser el *estudio biológico de la población*, especialmente cuanto se refiere á *morti-natalidad, morbosidad y evolución física de los nacidos en dicho territorio*. De lo poco conocido acerca de éste, son verdaderamente confortantes los datos en cuanto á la evolución étnica española en Berbería, en la porción argelina, donde las estadísticas francesas desde 1881 hasta 1886 (época anterior á la célebre ley de nacionalización forzosa de 1889, por la que se enmascara el fracaso de la vitalidad francesa en Argelia) dan á la natalidad española un exceso sobre la mortalidad, de 12 por 1.000, á la italiana un 8 y á la francesa un 5; en tanto que la mortalidad para los tres orígenes es sensiblemente igual, ó sea de 24 por 1.000, si bien debe tenerse en cuenta que los pobladores franceses viven al abrigo de causas de muerte de que no están protegidos los españoles.

Nunca será bastante todo el esfuerzo que se dirija á *repoblar los montes de nuestra zona, y á aclimatar variadas especies botánicas*, para las que el suelo en su mayor extensión tiene condiciones abonadas; á *fomentar la jardinería* y á dar impulso, en fin, á todas las *aficiones deportivas* que, al tiempo de dar saludables energías físicas á la raza, fomenten el cariño hacia la nueva tierra española.

Aquí termino, señores, mi desaliñada peroración, para la cual solo hallé arrestos, pensando, como al principio dije, en que la salud de la Patria debe ser el objetivo que debe orientar nuestra conducta social. Y, ó yo estoy muy equivocado, ó en ese territorio esquivo y árido, que ya nos cuesta tantos sacrificios, hemos de hallar una sementera de virtudes y enseñanzas para la raza.

## DISCUSIÓN

**MÉDICO MAYOR D. A. MARTÍNEZ CARVAJAL:** Después de felicitar al Sr. Rubiano, dice que la atracción cultural é higiénica es una de las más civilizadoras y eficaces. Dice que no se debe confiar demasiado en la acción oficial fría, no vívida. Es menester una acción más privada. Por esto sería útil estimular á nuestros compañeros de Melilla y Ceuta para que constituyeran organismos á la manera de la **SOCIEDAD CIENTÍFICA DE SANIDAD MILITAR DE BARCELONA**, que, actuando constantemente, serían una fuente perenne de inspiración para la acción oficial.

**SUBINSPECTOR MÉDICO SR. LÓPEZ BREA:** Califica de lección de alta sociología y de oportuno, valiente y discreto el trabajo del Sr. Rubiano. Añade que pocos diplomáticos han hecho más que nuestros compañeros de Sanidad Militar, para conseguir para España la simpatía de los indígenas marroquíes. Ahora debemos preocuparnos especialmente de la prevención de las enfermedades en la zona de influencia que se nos asigne. Para realizar nuestros ideales hemos de adaptar á cada punto y lugar la higiene. Pero es necesario que se nos escuche.

En tiempo de guerra, sabido es que las enfermedades hacen muchísimas más bajas que las balas enemigas, cuando no se atienden los consejos de la Sanidad Militar.

**MÉDICO PRIMERO SR. CASTAÑO:** De nada sirve que tengamos los ideales más sublimes, si no se procura llevarlos á la práctica.

**SUBINSPECTOR MÉDICO D. JOSÉ CASTAÑE:** Recuerda que los Hospitales de Ceuta y Melilla estuvieron siempre abiertos á los indígenas, como los de los presidios menores, y que los compañeros de Tánger han puesto siempre á gran altura nuestro pabellón. Recuerda sobre todo las figuras gloriosas del Sr. Ovilo y del Sr. Cortés. Añade que hoy los Médicos militares han ido á los Consulados, algunos de la zona de influencia francesa, y han compartido brillantemente las tareas de los Médicos extranjeros. Termina deseando que la Sanidad Militar española siga y alterne con tanta brillantez como ahora en las posesiones hispano-africanas, y levanta la sesión.

SESIÓN DE 1.º DE DICIEMBRE DE 1911

Presidente, Subinspector Sr. López Brea.

El Médico mayor DR. D. ANTONIO SOLDUGA expone «consideraciones prácticas acerca de unos casos de curación radical de hernias, algunas estranguladas».

El Subinspector Médico DR. LÓPEZ BREA dice que se trata de un asunto sumamente interesante para el Cuerpo de Sanidad Militar, por el grandísimo número de inútiles que causa, número que podría reducirse por medio de la operación radical, cosa que proponen algunos pueblos que van á la cabeza de la civilización. De todos modos, el familiarizarse, tanto con la quelotomía como con la operación de la cura radical, debe ser uno de los ideales del Médico militar.

El Subinspector Médico DR. D. JOSÉ CASTAÑÉ dice que es algo escéptico en lo relativo á la operación de la hernia. Cree que tiene peligros grandes, que sólo los grandes cirujanos pueden sortear.

Alude á unas conferencias dadas por el Médico primero DR. FARRERAS en el *Instituto Médico-Social de Cataluña*, sobre «La Defensa social contra las infecciones venéreas», y pide que se discuta este asunto en esta Sociedad.

El Médico primero SR. FARRERAS promete tratarlo, desde el punto de vista médico-militar, en una de las primeras sesiones del año próximo.

El SR. PRESIDENTE levantó la sesión, por no haber más asuntos de que hablar.

---

NECROLOGÍA

Don José Urrutia y Castro,

*Subinspector Médico de segunda clase.*

Nació en Madrid, en 10 de Febrero de 1860, graduándose de Licenciado en Medicina en Junio de 1879, é ingresando á los pocos meses, y previa oposición, en la Academia Médico-Militar.

Ascendido á Médico segundo en Julio de 1880, sirvió sucesivamente en este empleo en el Hospital de Valladolid, Regimiento de Andalucía, Hospital de Madrid, 14.º Tercio de la Guardia civil y Regimiento Infantería de la Princesa, siendo nombrado el año de 1893, con motivo de la campaña de Melilla, Médico del Cuartel general del primer Cuerpo de Ejército.

Obtuvo el empleo de Médico primero en Abril de 1894, siendo destinado á la asistencia de Jefes y Oficiales excedentes y de reemplazo en Madrid, y habiéndole correspondido ir á Cuba en Mayo de 1895, prestó en dicha campaña distintos servicios, regresando enfermo á la Península y siendo destinado en ésta al 14.º Tercio de la Guardia civil.

Ascendió á Médico mayor en Julio de 1899, destinándosele á la asistencia de Generales, Jefes y Oficiales de cuartel, reemplazo y excedentes.

En Febrero del corriente año ascendió á Subinspector Médico de segunda clase, pasando á situación de excedente en la primera Región, y posteriormente á prestar servicio de asistencia al personal de la Capitanía General de la quinta Región, en el que continuaba al ocurrir su fallecimiento en esta Corte el día 25 del pasado Agosto.

Desempeñó varias comisiones del servicio, y se hallaba en posesión de la cruz de primera clase del Mérito Militar, con distintivo blanco.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

\*  
\* \*

### **Don Cayetano Gómez Martínez,**

*Médico primero.*

Nació en Cota-Batto (Mindanao), en 3 de Noviembre de 1880, ingresando como Médico-alumno de la Academia Médico-Militar en Septiembre de 1903, siendo promovido á Médico segundo en Febrero de 1904, en cuyo empleo prestó servicios en la primera y tercera compañías de la Brigada de Tropas del Cuerpo y en el segundo batallón del Regimiento Infantería de León.

Ascendió en Junio de 1906 al empleo de Médico primero, sirviendo en el Hospital del Peñón, Regimientos Infantería de Asia

y segundo de Zapadores, con una de cuyas compañías marchó á la campaña de Melilla de 1909.

Al ocurrir su fallecimiento, en Sevilla, el 11 del pasado Agosto, hallábase destinado en el servicio de eventualidades de dicha Plaza y en comisión en el tren-hospital.

Por méritos de campaña se le concedió una cruz del Mérito Militar roja, pensionada, y la medalla de la campaña de Melilla con los pasadores de Nador, Quebdana, Zoco el Jemis y Atlaten.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

---

## V A R I E D A D E S

---

El día 18 del pasado tomaron posesión de sus respectivos cargos los Excmos. Sres. Inspector de Sanidad Militar de la primera Región y Jefe de la Sección del Ministerio de la Guerra.

Con este motivo, acudieron á complimentar á los Sres. Lacalle y Lapresa numerosas Comisiones de Jefes y Oficiales del Cuerpo residentes en la Corte.

\*  
\* \*

Hoy comenzarán en la Academia Médico-Militar los ejercicios de oposición para cubrir 60 plazas de Médicos-alumnos de la misma.

Las solicitudes presentadas han sido 108.

\*  
\* \*

Ha salido para Tánger el Subinspector Médico de segunda clase Sr. Triviño, y para Valencia el Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Antonio Roa.

\*  
\* \*

Por orden del Juzgado militar han sido nombrados peritos

para apreciar la capacidad mental del ex-Capitán Sánchez López, los Médicos mayores D. Antonio Fernández Victorio y D. José García Montorio, y el Médico primero D. Emilio Alonso García Sierra.

\*  
\* \*

Nuestro querido Director D. Manuel Martín Salazar, según vemos en la Prensa diaria, ha sido muy felicitado por el Diploma de gran premio concedido á la Inspección general de Sanidad Exterior de España, en el Congreso Internacional de Higiene celebrado el año último en Roma.

Reciba también el Sr. Salazar nuestra cariñosa enhorabuena.

\*  
\* \*

Ha regresado á Valencia el Excmo. Sr. D. Joaquín Cortés, Inspector de Sanidad Militar de la tercera Región.

\*  
\* \*

En los talleres ópticos de C. Reichert, de Viena, sobrado conocidos en todos los Centros científicos, se ha editado un Catálogo general en francés, que comprende de una manera compendiada numerosos modelos de microscopios para toda clase de investigaciones científicas y técnicas. Hay en el mismo una serie de aparatos auxiliares de microscopía, así como también para microtomos. Además, contiene este Catálogo una numerosa serie de aparatos para investigaciones de la sangre, espectroscopía, polarización, micrografía y proyección.

La nota de precios, que hemos tenido el gusto de recibir, de una elegantísima presentación, la remitirá gratis y libre de todo gasto á los que por ella se interesen, la Casa Edmundo y José Metzger.

Barcelona: Paseo de Gracia, 76.—Madrid: Plaza de la Independencia, 8.

\*  
\* \*

Por Reales órdenes recientes se ha dispuesto que se anuncie á oposición libre entre Doctores las Cátedras de Anatomía descrip-

tiva y Embriología, de Granada; de Química orgánica y Química inorgánica, de las Universidades de Granada y Oviedo, y de Análisis especial de medicamentos orgánicos é Historia de la Farmacia y estudio comparativo de las farmacopeas vigentes, de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central.

A oposición entre auxiliares, las Cátedras de Fisiología humana, de la Universidad de Zaragoza; Técnica anatómica, Medicina legal y Toxicología y Obstetricia, con su clínica, de la Universidad de Granada, é Histología é Histoquímica normales y Anatomía patológica, de la Facultad de Cádiz.

A oposición las siguientes plazas de Auxiliares: una del primer grupo en la Universidad Central.

Una del tercer grupo en cada una de las Facultades de Cádiz, Santiago y provincial de Sevilla.

Una del cuarto grupo en la Universidad de Santiago.

Una del sexto grupo en cada una de las Facultades de Granada y provincial de Sevilla.

Una del séptimo grupo en la Facultad de Cádiz.

Facultad de Farmacia:

Una del segundo grupo en la Universidad de Santiago.

Dos del tercer grupo en la Universidad Central, afecta la una á la Cátedra de Química biológica con su análisis, y la otra á la de Microbiología técnica, Bacteriología y preparación de sueros medicinales.

---

## Prensa Médico-Farmacéutica

---

**De la anestesia local en la reducción de las luxaciones.**—M. Queim manifiesta que se puede aplicar con gran éxito la anestesia local, por la cocaína en esa clase de lesiones, viniendo á constituir una de sus más curiosas aplicaciones.

El pulgar, el codo, el hombro, la cadera, se han beneficiado ya de esta técnica, y es lógico esperar que el

cloroformo no le aventaje. El *modus faciendi* es muy simple. Después de una cuidadosa asepsia, es necesario inyectar 3 á 6 centímetros cúbicos de la solución al 1 por 100 hasta al 1 por 200 en la cavidad articular, de donde parte el reflejo de contractura de defensa muscular. Si esto no es suficiente, se inyecta 1 ó 2 centímetros cúbicos en cada

uno de los tendones ó músculos adyacentes.

La contractura muscular cesa y la reducción sobreviene felizmente en las luxaciones.

M. Queim ha obtenido así seis éxitos. Había empleado desde 1908 la cocaina para facilitar la reducción de las fracturas, é inyectaba alrededor y en el centro del foco de la fractura, empleándolo también con éxito en 50 fracturados.—(*Bulletin de la Société de Chirurgie.*)—*J. P.*

\* \* \*

**El germen de la parálisis espinal infantil.**— Los doctores Flemer y Noguchi han descubierto el bacilo productor de esta enfermedad, que tiene una longitud como mitad de la del estafilococo, lo que explica el que para fácilmente á través de los filtros. Es anaerobio, se cultiva preferentemente en agar con extracto de cerebro, y su inoculación al mono es evidentemente positiva. (*Deut. Méd. Woch.*, 1913, núm. 21.)—*F. G. D.*

\* \* \*

**Un nuevo método de profilaxia venérea.**— El Dr. Roberto A. Bachmann, del Hospital Naval de Newport, dió cuenta, en una revista profesional de aquel país, de sus observaciones acerca de tan interesante extremo.

El autor, considerando como demostrado el valor profiláctico de la pomada de calomel de Metchnikoff, contra la sífilis, ha buscado añadirle otro antiséptico de análoga potencia contra el gonococo y contra el bacilo de Ducrey; el medicamento añadido es el *tricrosol*, que el autor considera como el más energético

del grupo de los fenoles, y lo añade en la proporción de 1 por 100 á la pomada de calomel, que resulta así profiláctica respecto de las tres enfermedades venéreas.

Esta pomada se distribuye en tubos, semejantes á los de vaselina, de los cuales los de cien dosis se reservan para la enfermería, empleándose otros tubos individuales muy pequeños para el uso inmediato en todos los lugares.

El autor ha experimentado su método enviando «voluntarios» á una mujer pública que padecía leucorrea aguda (!). El éxito de la pomada fué completo.

El precio de este nuevo tópicos es cuatro veces menor que el de las pomadas múltiples al calomel, al protargol, al bicloruro de mercurio, empleados en otros puntos de los Estados Unidos.—(*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Juillet 1913.)—*J. P.*

\* \* \*

**Estudios bacteriológicos en el intestino de los niños de pecho,** por los doctores Gildemeister y Baerthlein.— Aunque abundan los estudios clínicos y etiológicos acerca de las diarreas infantiles; lo cierto es, que aún no se conocen con exactitud los gérmenes que las originan, ni si las diversas formas clínicas corresponden á diversa etiología. Los autores han estudiado la flora de 70 enfermos y 120 niños sanos. En los 17 han encontrado 9 veces bacilos tipo disintérico, 4 paratíficos B, y en uno el bacilo de Gaertner. Respecto á los bacilos tipo disintérico, los creen causa eficiente en los casos en que aparecen, aunque sea preparada su acción

por una causa externa, cambio de dieta, por ejemplo. Lo mismo creen de los bacilos paratíficos B. y brenteriditis. En los demás casos han observado bacilos piocianico, proteus vulgaris, coli bacilos en mayor proporción en los enfermos que en los sanos, pero sin que sea posible determinar el papel y la importancia de cada uno de estos gérmenes en las diarreas infantiles. (*Deut. Med. Woch.*, 1913, núm. 21.)—*F. G. D.*

\* \*

**Tratamiento de los epitelomas cutáneos por el ácido acético cristalizable.**—El tratamiento de los epitelomas cutáneos por el ácido acético cristalizable ha sido objeto de diversos estudios.

El Dr. Jolly ha tenido ocasión de tratar por este método dos casos con éxito completo: el primero se refiere á un pobre, de unos sesenta años, que presentaba desde dos años antes un epiteloma ulcerado del dorso de la nariz, y el segundo á un hombre de cincuenta y tres años, atacado entre la raíz de la nariz y el párpado de una extensa ulceración costrosa que amenazaba la conjuntiva. La afección se remon- taba á tres años, pero no se acompañaba de adenitis.

Los dos curaron en dos meses.

El tratamiento es bien sencillo, y no debemos impresionarnos por el avance de la lesión. Después de haber hecho caer la costra, forzándola un poco si es necesario, se toca el epiteloma y sus bordes con algodón hidrófilo, impregnado de ácido acético monohidratado. Después se recubre de una cura con vaselina boricada.

Las dos ó tres primeras cauteri-

zaciones provocan un dolor de menos de cinco minutos. Se las repite cada tres días; después, al cabo de una quincena, se les espacia doble tiempo, y al segundo mes cada ocho ó diez días.

Los bordes blanquean, y el fondo no da sangre cuando la curación se anuncia.

Se comprende que al operar en la vecindad del ojo se debe proteger la conjuntiva, por medio de un tapón seco ó húmedo, y es bueno extender vaselina á un centímetro por debajo del cancroide para que el ácido no se escurra sobre la cara.

Los hematomas seniles desaparecen todavía más fácilmente por el mismo método, como ha tenido ocasión repetida de comprobarlo el autor.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, Juillet, 1913.)—*J. P.*

\* \*

**La anafilaxia por los alimentos.**—M. M. Lesné y Dreyfus manifiestan que esta anafilaxia se observa con mayor frecuencia en los niños.

Entre los principales alimentos anafilactizantes citan, entre otros, la leche, los huevos, los moluscos, las fresas.

Los fenómenos anafilácticos de origen alimenticio, se clasifican en dos grupos: la pequeña y la gran anafilaxia.

La pequeña anafilaxia es habitualmente monosintomática: se manifiesta por accidentes cutáneos, urticaria, prurigo, eczema, edema facial, jaqueca por trastornos gastro-intestinales, cólicos, náuseas, vómitos, diarrea, y por fenómenos dispneicos; se hace entrar en el cuadro de la anafilaxia ciertas crisis de asma.

En la gran anafilaxia estos síntomas son más pronunciados y se suelen asociar. Los dolores abdominales son muy intensos; la diarrea abundante, fétida, mucosa ó glerosa y algunas veces sanguinolenta.

La temperatura puede elevarse, y también se observa hipotermia; el pulso es pequeño, frecuente; la tensión arterial, baja; la facies puede presentar los caracteres hipocráticos.

El tratamiento de la anafilaxia, así en el niño como en el adulto, es evidentemente, ante todo, patogénico; la supresión momentánea del alimento anaflactizante se impone.

Los grandes accidentes exigen una intervención más activa: inyecciones de aceite alcanforado, de éter, de suero artificial, baños calientes, compresas calientes sobre el vientre, dieta hídrica.

Más tarde se tratará de buscar la antianafilaxia, volviendo prudentemente á hacer uso del alimento anaflactizante, prescrito á dosis reducidas y repetidas.

Como la anafilaxia alimenticia depende en gran parte de la insuficiencia de glándulas digestivas, será útil dar alternativamente la pepsina, la pancreatina ó los fermentos intestinales.—(*Journal Médical Francais.*)—J. P.

\* \* \*

**Tratamiento tiroideo en la retracción de la aponeurosis palmar.**—M. Gilbert leyó en la Academia de Medicina de Paris un juicio sobre la Memoria de M. Léopold Levi, acerca de la retracción de la aponeurosis palmar y el tratamiento tiroidiano. Esta Memoria contiene siete observaciones, de las cuales

cinco fueron tratadas con éxito por este medio.

En uno de los casos, el enfermo se hallaba atacado de una doble retracción de la aponeurosis palmar que databa de cinco y de ocho años, y que había conducido á una impotencia casi completa.

El efecto del tratamiento tiroideo fué inmediato: después de nueve dosis de 0,10 centigramos de polvo tiroideo, el anular y el auricular se extendieron desde luego.

La mano derecha, al cabo de treinta y nueve dosis, había recobrado toda su fuerza.

Una suspensión del tratamiento durante tres meses, condujo á una tendencia á la retrocesión de los progresos alcanzados.

La repetición de la medicación produjo una nueva y rápida mejoría.

Los resultados se acentúan poco á poco. Después de ochenta y dos dosis, el dedo meñique derecho pudo extenderse, desapareciendo el defecto total después de la ingestión de ciento sesenta y tres dosis.

Seguidamente el sujeto pudo trabajar diez horas diarias.

*La conclusión práctica que se desprende de los hechos observados es, pues, la utilidad del tratamiento tiroideo contra la retracción de la aponeurosis palmar.*

La rapidez de la acción de la medicación en los diversos casos tratados, su continuidad, sus efectos transformadores, autorizan, en opinión del autor, á creer en el origen tiroidiano de la retracción en los casos favorablemente tratados por la tiroideoterapia.

Estas conclusiones se encontrarán confirmadas por la existencia, en los mismos sujetos, de otros trastornos tiroideos que se benefician si-

multáneamente de la medicación (reumatismos, de brotes subagudos en el primer caso; dolores, cefalea, alopecia, en el segundo; edemas, cianosis, etc., en el tercero). *Archives Médicales Belges*, Mai 1913.) J. P.

\* \* \*

**El uso sistemático de la irrigación rectal en el tratamiento de la neumonía.**—Habiéndose comprobado repetidamente que si se examina el abdomen en todo enfermo de neumonía lobar, con la atención y frecuencia con que examinamos el pulmón y el corazón, se encontrará la existencia casi constante de un marcado timpanismo; Rutz, de Nueva-York, cree poder deducir de este hecho, que en la neumonía el intestino debe desempeñar un papel especial é importante.

Comprueba, en efecto, después de repetidas observaciones bacteriológicas, que en el curso de la neumonía lobar aguda, las heces contienen el neumococo vivo, el cual, ingerido con la expectoración, encuentra en el intestino un ambiente favorable á su desarrollo y á la producción de la toxina, capaz de contribuir á la toxihemia general.

Partiendo de estos hechos, y como medio de favorecer la eliminación de las toxinas, el autor emplea por

la mañana en estos enfermos una irrigación de agua jabonosa, con ayuda de la glicerina, ó ligeramente trementinada en el caso de excesivo meteorismo, recibiendo el paciente, en el resto del día, una, dos ó tres irrigaciones, de un litro cada una, de solución salina fisiológica templada, inyección que debe ser retenida media hora.

La inyección endorrectal, contribuyendo á evacuar el neumococo intestinal y su toxina, atenuará considerablemente los fenómenos toxihémicos.

En 27 enfermos de neumonía lobar aguda, en los que Rutz empleó este tratamiento, curaron todos; si bien no niega que los resultados obtenidos pudieran haber sido debidos á una simple coincidencia, pero advierte que en 33 por 100 de los casos, la crisis se verificó al tercero ó cuarto día, y en el espacio de veinticuatro horas la temperatura sufrió un descenso de 0,5 á 1°, descenso que continuó hasta la declinación de la dolencia, sin que se hubiera hecho necesaria la administración de la más pequeña dosis de antipiréticos, ni menos fuese aplicada sobre la cabeza del enfermo la vejiga de hielo.—(*Annali di Medicina Navale e Coloniale*. Aprile 1913.)—J. P.

---

## PRENSA MILITAR PROFESIONAL

---

**Observaciones médico - militares en el Ejército montenegrino**, por el Dr. Steiner.—Nombrado este reputado Médico militar como delegado de la Cruz Roja austriaca en Mon-

tenegro, pudo, merced á su amistad con el príncipe Danilo, asistir á los primeros combates de este Ejército y encontrarse en el sitio de Scútari. Sus observaciones son interesantes,

por haber sido el único Médico militar extranjero que ha estado en la línea de fuego. Sólo existían dos Médicos montenegrinos, y lo mismo él, como su acompañante el Dr. V. Schrötter, tuvieron que prestar sus servicios en malas condiciones, utilizando chozas sucias, pobres y ahumadas, y curando de día en pleno campo. Llama la atención el autor sobre la necesidad de dotar á las formaciones de primera línea de buenos medios de iluminación, pues con frecuencia tendrán que funcionar activamente por la noche. Muchos heridos recibieron del Dr. Steiner la primera cura; otros venían vendados por los soldados sanitarios con el paquete de curación ruso, que era el único existente. Este paquete se compone de una cubierta externa impermeable, otra de papel, dos compresas, una venda de gasa y un imperdible. Los antiguos estaban impregnados en algodón, los modernos, sólo esterilizados. Steiner empleó la tintura de iodo sólo en las heridas muy sucias, y sobre todo, únicamente en los alrededores de los orificios previamente desecados.

Más tarde vió emplear el iodo *larga manu*, por los Médicos y estudiantes rusos; pero muchas heridas así tratadas eran asiento de eczemas. El instrumental debe ser simple y en él deben existir afiladores de bolsillo. Como los heridos estaban antes de las veinticuatro horas en el Hospital militar, no fué preciso emplear vendajes enyesados en primera línea. Los medios de transportar; eran buenos: los fluviales, detestables los terrestres, siendo peligrosos éstos para heridos de vientre y de medula espinal. Vuelto á los Hospitales, pudo Stei-

ner ver la marcha de muchos heridos á quienes había prestado los primeros auxilios, y fruto de su experiencia es la recomendación de no precipitarse en operar, pues casos que de primera intención se consideran como de operación urgente, curan después sin ella; claro que esto está condicionado por una buena cura previa en el campo de batalla. Son los Médicos de Cuerpos y el personal á sus órdenes los que pueden ahorrar ulteriores intervenciones quirúrgicas. Insiste éste, como todos los Médicos militares, en la necesidad de esquematizar las curas en primera línea sin salirse de los modelos preestablecidos, y por último, que, como aseguró Pirogoff, el alma de los servicios sanitarios en campaña reside en una buena organización previa.—(*Wien. Kl. Woch.*, 1913, H. 9.)—*F. G. D.*

\* \* \*

**Las epidemias y las heridas durante la guerra sueco-finlandesa de 1808-1809.**—M. Lindin ha descubierto, dice el Dr. Fritz Ask, hace algunos años, en los archivos del Hospital de Umea (Suecia), un diario de enfermos, en el que ha encontrado enseñanzas muy interesantes sobre el Ejército sueco-finlandés, durante la guerra de 1808-1809.

De 1.239 enfermos, hubo 720 casos de enfermedades infecciosas, 81 casos de enfermedades de pecho y 136 de heridas. Las afecciones más mortíferas fueron no solamente el tifus exantemático, sino también el tifus abdominal.

Bien que el nombre de tifus recurrente fuera entonces desconocido, es probable que esta afección

existiese con el nombre de «fiebre remitente» y de «fiebre intermitente». Su mortalidad era bastante elevada. En el orden de gravedad decreciente se notan las siguientes enfermedades: fiebre maligna, disentería, fiebre nerviosa y diarrea.

La mortalidad media para la fiebre maligna, la disentería, la fiebre nerviosa, es de 87,1, 84,8 y 61,5 por 100.

La mortalidad media para la diarrea y la fiebre simple es, respectivamente, de 56 y 35 por 100.

La mortalidad durante el primer mes para la fiebre maligna, la disentería y la fiebre nerviosa, es de 7,4, 7,1, y 0 por 100. Las cifras correspondientes para la diarrea y la fiebre son 28,7 y 25 por 100.

Las heridas citadas en el diario afectaban las regiones siguientes: cabeza, 10; cuello, 1; pecho, 6; abdomen, 3; extremidades superiores, 49; extremidades inferiores, 67.

En 130 casos se trató de heridas de arma de fuego, y en un solo caso, de sable.

La mortalidad de los heridos fué de 38 por 100.—(*Le Caducée*, 21 Juin 1913.)—*J. P.*

\* \* \*

**La vacuna antitífica como medio curativo en el Ejército serbio.**—En la Sociedad de Medicina de Paris, en la sesión del 22 de Abril del corriente, dió á conocer Devorbe los resultados obtenidos por v Petrovitchev el Hospital de Uskub, tratando los tifoideos, por la vacuna antitífica. Se utilizó la vacuna inglesa con gérmenes muertos por el calor y disueltos en la solución fisiológica de cloruro sódico. Las inyecciones fueron subcutáneas, se prac-

ticaron en la región subclavicular, y cada una tenía 201.000.000 de bacilos. Cada enfermo recibió 1—3 inyecciones. De 680 tíficos asistidos en Uskub, se trataron por este medio 460, y 220 sólo por la balneación. Eliminando los muertos en las primeras veinticuatro horas, los primeros tuvieron un 2,9 por 100 de mortalidad y los segundos un 12,8 por 100, cifras que no necesitan comentario. La epidemia tifoidea se presentó al final de la campaña, por cuya razón no se pudieron hacer observaciones en mayor escala.—*F. G. D.*

\* \* \*

**La cirugía en la guerra de los Balcanes.**—Mr. Monprofit fué comisionado por la Cruz Roja de Grecia para la organización quirúrgica de los hospitales de Salónica, visitando no sólo los heridos en esta ciudad, sino también en Atenas, Uskub y Belgrado; y en su Memoria consigna no solo sus observaciones personales, sino también las de muchos Médicos distinguidos, con los cuales tuvo trato durante su misión y sus visitas á los diversos hospitales. Afirma que la guerra balcánica demuestra palpablemente que con una buena organización y una cuidadosa y metódica preparación, reducir la mortalidad en proporción considerable. Para conseguirlo es preciso contar con abundante dinero y material, pero sobre todo, con un personal bien adiestrado en los cometidos que ha de llenar.

El principal progreso en el tratamiento de los heridos consiste en la aplicación pronta de la cura aséptica por medio del paquete que lleva el soldado mismo, acompañada de un empleo prudente de la

tintura de yodo. Nunca se dará bastante importancia á esta protección aséptica inmediata, que ha de seguir inmediatamente á su producción. En esta guerra es incalculable el número de los que han salvado algún miembro, ó la vida, por el uso del paquete de curación individual. Cuando este paquete se introdujo, hace años, en el Ejército francés, se dijo que el soldado no lo conservaría ó que lo tendría en mal estado, que lo aplicaría mal ó que no podría aplicarlo en la ocasión; la experiencia ha demostrado lo contrario, pero es muy importante que se enseñe al soldado la necesidad de conservar su paquete y la manera de utilizarlo caso de herida. En la guerra balcánica el uso del paquete de cura individual, en el campo de batalla, ha sido general en absoluto; después del combate de Monastir, un solo cirujano servio recibió unos 800 heridos, todos los cuales, sin excepción, habían sido curados en el campo de batalla á los pocos minutos de ser heridos, por medio de los paquetes individuales. La aplicación de la tintura de yodo ha sido también general y ha dado buenos resultados; sólo en algunos pocos casos ha producido eritemas. Si la condición primera de buen éxito es la aplicación pronta de la cura aséptica, no es menos importante la segunda, que consiste en abstenerse de todo acto de exploración de las heridas, y especialmente de todo sondeo en las heridas producidas por los proyectiles. Las únicas operaciones que pueden practicarse en el campo son las requeridas por la hemorragia de una gran arteria ó las de la laringe cuando hay peligro de asfixia.

El autor discute la diferencia en-

tre la gravedad de las heridas causadas por los proyectiles de fusil ó de cañón: las producidas por las balas de fusil de pequeño calibre, tal como el usado por los turcos, son relativamente leves cuando no tocan un órgano vital; las balas puntiagudas, con su gran velocidad, atraviesan las partes blandas, las cuales vienen á cerrarse por sí después del paso de la bala; los orificios de entrada y salida son muy pequeños y aparecen ligeramente cauterizados por el mismo proyectil. Cuando estas balas encuentran huesos, suelen romperlos y fragmentarlos, pero con frecuencia los atraviesan como si fuese con un taladro, especialmente los planos y las cabezas articulares; tales heridas curan, por lo general, muy pronto y con facilidad. Las heridas del tórax, producidas por estas balas, suelen ser leves; heridas que han perforado el pulmón, manifestándose por hemoptisis y hemotórax, curan en general sin ninguna complicación. La regla para su tratamiento, es la abstención completa; el número de toracotomías ha sido insignificante. En las heridas profundas del tronco, los mejores resultados se han obtenido con la abstención. Para las de los miembros con fracturas complicadas ó fisurarias, el tratamiento conservador con irrigaciones antisépticas, es el que ha dado mejores resultados; las amputaciones y desarticulaciones han sido muy raras.

Las heridas de Shacrpnel fueron más graves que en las guerras anteriores. El resultado inmediato de tales heridas era muy mortífero, ó sus resultados remotos, mucho más serios que con las balas de fusil. Tales han sido, que algunos ciruja-

nos, de la Sociedad Imperial de Constantinopla, se han creído en el deber de iniciar un movimiento de protesta contra el uso de tales proyectiles.

Los montañeses griegos son vegetarianos y muy poco inclinados al alcohol, generalmente absténicos; así es que responden admirablemente á los anestésicos, y se curan rápida y perfectamente de las heridas; la misma observación comprende á los serbios, labradores en su casi totalidad, bien alimentados con pan y vegetales, y nada aficionados al alcohol. Lo contrario se observó en los turcos, muy desmoralizados y mal alimentados. El número de complicaciones infecciosas fué muy reducido, y contados

los casos de erisipelas, tétanos é infecciones purulentas.

Las enseñanzas del autor, acerca de la cirugía en la guerra, pueden resumirse en las siguientes: que con una buena preparación puede disminuirse en gran escala la mortalidad en las campañas; que la cura aséptica empleada en el campo de batalla, por medio del paquete individual, ha demostrado una vez más su utilidad; que la abstención en el campo de batalla, de toda operación quirúrgica, da á los heridos la mayor probabilidad de curación, y que la abstención en el hospital es el camino más prudente que debe seguirse.—(Memoria presentada á la Academia de Ciencias de París.)—*J. P.*

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

12 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 178) disponiendo que el Médico mayor D. César González Haedo cese á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de segunda clase D. Joaquín Cortés Bayona, Inspector de Sanidad Militar de la tercera Región, continuando en situación de excedente en la segunda.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 178) concediendo derecho á ingresar en el Colegio de Guadalajara á una huérfana del Farmacéutico provisional D. Juan Parra Gómez.

13 » » » Real orden (*D. O.* núm. 178) autorizando al Inspector Médico de primera clase, en situación de reserva, D. Pedro Altayó Moratones, para que fije su residencia en Madrid.

16 » » » Real orden (*D. O.* núm. 180) disponiendo que el Subinspector Médico de segunda clase D. Tomás Aizpuru Mondéjar cese á las órdenes del Inspector Médico de primera clase D. Pedro Altayó Moratones, que ha pasado á la reserva, y des-

- empeñe dicho cometido cerca del Inspector Médico de segunda D. Jaime Sánchez de Lapresa, Jefe de Sección de este Ministerio.
- 16 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 180) disponiendo que el Subinspector Médico de segunda clase D. Higinio Peláez Quintana continúe á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de primera clase D. José de Lacalle Sánchez, nombrado Inspector de Sanidad Militar de la primera Región.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 182) disponiendo cause baja en el Cuerpo, á solicitud propia, el Médico provisional D. Vicente Soriano Zapater, quedando en la situación que tenía en el Ejército antes de su nombramiento.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 182) aprobando el presupuesto de 7.842,52 pesetas, formulado por la Junta económica del Parque de Sanidad Militar, á fin de adquirir el material necesario para completar la dotación de las ambulancias de montaña afectas á las compañías mixtas de Sanidad Militar de Ceuta y Larache.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 182) disponiendo que el Médico provisional D. José Arangüena Ugalde cause baja en el Cuerpo, á solicitud propia, figurando en la Reserva facultativa del mismo hasta cumplir su compromiso con el Ejército.
- 19 » Real orden (*D. O.* núm. 182) concediendo autorización para venir á Madrid á tomar parte en el concurso de oposiciones á ingreso en la Academia Médico-Militar, á los Médicos provisionales que deseen actuar en el referido concurso.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 182) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. Tomás Vidal Freixinet, ascendido, del Laboratorio Central de Medicamentos, pase á situación de excedente en la primera Región y á prestar sus servicios en comisión en el expresado Laboratorio.
- 20 » Real orden (*D. O.* núm. 183) autorizando al Inspector Médico de segunda clase D. Francisco Coll Zanuy para que fije su residencia en esta Corte en situación de cuartel.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 183) disponiendo se aumente en un Médico primero ayudante de Profesor la plantilla de Profesores de la Academia Médico-Militar, y que, interin se incluye esta plaza en presupuesto, sea destinado en comisión, previo concurso reglamentario.

- 21 Agosto.—Real orden (*D. O.* núm. 184) concediendo licencia para contraer matrimonio al Farmacéutico segundo D. Manuel de Pando Armand.
- 22 » Real orden (*D. O.* núm. 185) disponiendo que el Médico segundo D. Tomás Larrosa Cortina, excedente en la primera Región, y en comisión en el segundo Regimiento de Zapadores minadores, pase destinado al segundo batallón del Regimiento Infantería de Guadalajara, núm. 20, y que el Médico provisional D. Francisco González Beltrán, del citado Regimiento, pase á prestar sus servicios al segundo batallón del de Tetuán, núm. 45, debiendo efectuar el primero su incorporación con toda urgencia.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 186) concediendo el abono de la gratificación anual de 720 y 600 pesetas, respectivamente, correspondientes á los diez años de efectividad en su empleo, al Médico mayor D. Fernando Pérez de la Cruz y al Médico primero D. José Andújar Solana.
- 23 » Real orden (*D. O.* núm. 186) disponiendo que los Médicos primeros que deseen ocupar una vacante de ayudante de Profesor, en comisión, en la Academia Médico-Militar, promuevan sus instancias en el término de quince días, á partir de esta fecha, acompañando copias de sus hojas de servicios y de hechos y demás documentos justificativos de su idoneidad, con arreglo al art. 2.º del Real decreto de 4 de Octubre de 1905 (*C. L.* núm. 200) y al art. 98 del de 2 de Noviembre de 1904 (*C. L.* núm. 205.)
- 25 » Real orden (*D. O.* núm. 188) disponiendo que el Médico mayor D. Julio Aldás Torres, excedente en la segunda Región y en Comisión en el tren-hospital, y el de igual clase D. Joaquín Aller Auge, excedente en la primera Región y en comisión en el Hospital de Sevilla, pasen destinados en comisión, respectivamente, al Hospital de Sevilla y al citado tren-hospital, continuando de excedentes en la segunda Región.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 188) nombrando profesor de la Academia Médico-Militar al Médico mayor D. José Potous Martínez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 189) declarando aptos para el ascenso,

cuando por antigüedad les correspondan, á los Farmacéuticos segundos D. Pío Font Quer, D. Sotero Baras Ríos, don Ramón Fraguas Fernández, D. Manuel de Pando Armand y D. Miguel Zabala Lara.

26 Agosto. — Real orden (*D. O.* núm. 190) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Fidel Pagés Miravé.

» » Real orden (*D. O.* núm. 191) disponiendo que el Médico mayor D. César González Haedo, excedente en la segunda Región, pase destinado en comisión, á las inmediatas órdenes del Inspector Médico de primera clase D. Manuel Gómez Florio, Inspector de Sanidad Militar de la segunda Región.

» » Real orden (*D. O.* núm. 191) concediendo la separación del servicio, á solicitud propia, al Médico segundo D. José Fernández de la Portilla, sin goce de sueldo ni uso de uniforme, quedando adscrito á la Reserva facultativa del mismo, con el empleo de Médico segundo, hasta cumplir su compromiso con el Ejército.

» » Real orden (*D. O.* núm. 191) nombrando Médicos provisionales á los individuos del Ejército, Licenciados en Medicina y Cirugía, D. Mariano Zomeño Cobo y D. Manuel García Pérez, y destinándolos, respectivamente, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Galicia, núm. 19, y al Hospital de Sevilla, ingresando en la Reserva facultativa del Cuerpo, y efectuando su incorporación con urgencia.

» » Real orden (*D. O.* núm. 191) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á ocupar los destinos que se señalan:

*Subinspectores Médicos de segunda clase:* D. Pedro Prieto de la Cal, ascendido, del Hospital de Guadalajara á Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la sexta Región; D. Francisco Triviño Valdivia, ascendido, excedente en la primera Región y en comisión en la Legación de España en Tánger, al Hospital de Vitoria; D. Emilio Crespo y García de Tejada, Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la sexta Región, al Hospital de Pamplona.

*Médicos mayores:* D. Juan Roche y User, ascendido, del Regimiento Infantería de Gerona, 22, á situación de excedente en la quinta Región; D. Luis Fernández Valderrama

y Fernández, ascendido, del Hospital de Arcila, al de Vigo, como Director; D. Antonino Alonso y Fernández, del Hospital de Vigo, á la Academia de Ingenieros; D. Juan García y Fernández, de la Academia de Ingenieros, al Hospital de Guadalajara, como Director.

*Médicos primeros:* D. Isidro López y Pavón, del Regimiento Infantería de Cuenca, 27, á eventualidades del servicio en la primera Región; D. José Hernando Pérez, del Regimiento Infantería de la Constitución, 29, al primer batallón del del Rey, 1; D. Saulo Casado y Velázquez, del Batallón Cazadores de Figueras, 6, al Hospital de Arcila; D. Eusebio Jimeno y Sáinz, ascendido, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Covadonga, 40, al primer batallón del mismo Regimiento; D. Joaquin González y Alberdi, del Regimiento Infantería de Covadonga, 40, á eventualidades del servicio en la segunda Región y en comisión al tren Hospital; D. Manuel Valiente Izquierdo, del Regimiento Infantería de Asia, 55, al Batallón Cazadores de Figueras, 6, efectuando la incorporación con urgencia; D. Eduardo Ramos y Ordóñez, de la Milicia voluntaria de Ceuta, al primer batallón del Regimiento Infantería de San Quintín, 47; D. Federico Gil y Acebedo, del Regimiento Infantería de San Quintín, 47, á la Milicia voluntaria de Ceuta; D. Leonardo Fernández y Guerrero, ascendido, de la enfermería de Nador, al primer batallón del Regimiento Infantería de la Constitución, 29; D. Pedro Lombana y Rañada, de eventualidades del servicio en la primera Región, al Regimiento Cazadores de Almansa, 13.º de Caballería; D. Miguel Roncal y Rico, del Batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo, 7, á eventualidades del servicio en Melilla, en comisión y sin causar baja en su destino de plantilla; D. Bernardo Elcarte y Cia, del Batallón Cazadores de Alfonso XII, 15, al de Ciudad Rodrigo, 7, en comisión y sin causar baja en su destino de plantilla; don Manuel García y Sánchez, del Regimiento Infantería del Rey, 1, al primer batallón del de Cuenca, 27, y D. José Linares y Vivar, de eventualidades del servicio en la sexta Región, á eventualidades en Melilla, en comisión y sin causar baja en su destino de plantilla.

*Médicos segundos:* D. Justo Vázquez de Victoria, de la enfermería de Zeluán al segundo batallón del Regimiento Infantería de Africa, 68; D. Leopoldo Taladriz y Gómez, del Regimiento Infantería de Vad-Rás, 50, á la enfermería de Nador; D. Rafael Gomez Lachica, de la primera sección mixta de la primera compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Covadonga, 40; D. Rafael Fiol y Paredes, de la segunda sección de la segunda compañía de la Brigada Sanitaria, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Menorca; D. Manuel Amieva y Escandón, de la Clínica de urgencia de esta Corte y, en comisión, de la Plana mayor de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Melilla, 59, cesando en la expresada comisión; D. Juan Cerrada y Forés, de las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Menorca, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Aragón, 21; D. José Llorca y Llorca, del Regimiento Infantería de Melilla, 59, á la primera sección mixta de la segunda compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo; D. Miguel Guirao y Gea, del Regimiento Infantería del Serrallo, 69, á la compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta; D. José Moya y Ordóñez, de la primera sección de la tercera compañía de la Brigada sanitaria, á la enfermería de Zeluán; D. José Blanco y Hernández, de la compañía mixta de Sanidad Militar de Ceuta, al tercer batallón del Regimiento Infantería del Serrallo, 69, y D. Francisco Tarifa y Mendoza, de la primera sección mixta de la segunda compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Vad-Rás, 50.

*Médicos provisionales:* D. Carlos Tobar y Mediano, del Regimiento Infantería de San Quintín, 47, á la Clínica de urgencia de esta Corte, y D. Emeterio Arés Nieto, del Hospital de Sevilla, al Regimiento de Telégrafos.