

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIII.

Madrid, 15 de Abril de 1923.

Núm. 8.

SUMARIO

Temas de actualidad: La reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar. Actividad quirúrgica en las ambulancias de campaña (conclusión). Estudio sobre el torticollis mental de Brissaud, basado en varios casos clínicos de mi experiencia personal, por Julio Camino.—Neurosifilis: Líquido céfalorraquídeo, por el Dr. C. Valdovinos.—Variedades.—Prensa médico-farmacéutica: Avitaminosis y disvitaminosis.—Prensa militar profesional: La frecuencia de portadores de «Entamoeba» disintérica entre los soldados regresados del servicio de Europa.—Bibliografía: De higiene rural (Crítica y Alegato), por el Dr. D. F. Murrillo.—Sección Oficial.

SUPLEMENTOS.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Abril de 1923.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

TEMAS DE ACTUALIDAD

LA REORGANIZACIÓN DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR

Lema del Cuerpo.—Hay que respetar la actual organización.—Modernización precisa de algunos servicios.—Servicios sanitarios de campaña.—Revisión de plantillas.—Reorganización de las formaciones.—Higienización de locales.—El problema de la inamovilidad relativa.

Entre los problemas técnico-militares que requieren más urgente solución, figura en primera línea el relativo a la reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar; entendiéndolo así, se preocupa actualmente de tan interesante asunto, con el celo y asiduidad en él características, el Ministro de la Guerra, Sr. Alcalá Zamora.

Hemos querido anticipar a nuestros lectores un resumen esquemático de lo que pueden y deben ser estas pretendidas reformas, y nuestro redactor Médico, luego de oír opiniones diversas y autorizadas, ha condensado en los conceptos siguientes el programa de la aguardada y precisa reorganización de referencia.

El lema exclusivo del Cuerpo de Sanidad, en todos los Ejércitos mundiales, es «la preparación de los servicios sanitarios en paz, para la guerra, y llenar función tan trascendental».

Hay que respetar a todo trance la organización actual del Cuerpo de Sanidad Militar, porque del estudio comparativo se deduce que es una de las más perfectas, en relación con las similares de otros Ejércitos, en lo que afecta a los servicios regimentales, de formaciones sanitarias, servicios de hospitalización, laboratorios e institutos, academia, parques de material, desinfección y de elementos auxiliares.

Lo que hay que ejecutar con urgencia es una pequeña reorganización de todos los servicios, para modernizar algunos de ellos con el material *ad hoc* de curación, alojamiento, transporte e higiene profiláctica que exigen las guerras modernas, y lo deducido de la gran guerra europea, en la que, merced a la vacunoterapia, suero-terapia, alimentación del soldado en cantidad y calidad, la higiene corporal (los baños-duchas), la desinfección en toda su amplitud, la esterilización del agua de bebida del soldado por el ozono, rayos ultravioleta y por distintos medios químicos, todo en unión de la desratización, despiojamiento, etc., etc., se evitaron las grandes y gravísimas infecciones que diezaban a los Ejércitos en la Edad Antigua, Media y en algunas modernas.

Los servicios sanitarios de campaña del Ejército de primera línea «expedicionario», de reserva, el territorial, «hospitales permanentes de la zona del interior», requieren la unidad de los servicios técnicos profesionales y del material en todos los escalones sanitarios, no pudiéndose admitir de modo alguno en Sanidad la dualidad en los servicios dentro de la clasificación de servicios activos y pasivos; todos los servicios sanitarios son activísimos, tanto los regimentales como los hospitalarios, y con una sola finalidad: la curación del soldado herido y enfermo, desde su incorporación a filas hasta que vuelve a ser reintegrado a su hogar, afectando a los médicos, en sus distintos servicios y categorías, un mismo objetivo: la especialización médico-militar para la salud e higiene del soldado, y recuperar su invalidez adquirida en los campos de batalla.

Los servicios sanitarios hay que tenerlos perfectamente organizados para la guerra, a fin de evitar grandes desastres sanitarios, presentes y futuros; por lo tanto, lo que primordialmente se

impone es una verdadera revisión de servicios en armonía con la última transformación de plantillas de las distintas categorías del Cuerpo de Sanidad Militar, aprobadas por el Estado Mayor Central y vigentes en la actualidad, armonizando así perfectamente la función con el órgano y el órgano con la función, para que todos los servicios sanitarios llenen la finalidad para la que han sido creados; por eso ha sido muy acertada la reciente Real orden de que quedase en suspenso toda organización sanitaria hasta que se efectuase previamente una verdadera revisión de los servicios sanitarios con las plantillas actuales, base fundamental y de utilidad práctica para el Ejército en paz y en guerra; por lo tanto, lo primero que hay que hacer es cumplimentar esa Real orden, y después, según queden acoplados los servicios, continuar con la reorganización de los demás extremos expuestos. Hay autorización para dentro de la cantidad global del presupuesto, y sin aumento de plantillas, modificar todos los servicios que favorezcan al Ejército. Si en Sanidad Militar sobra personal en una Región y falta en otra para los servicios de imperiosa necesidad, suprímase ese personal del sitio donde no haga falta y empléese donde realmente lo exijan las necesidades del servicio. Esto y muchas otras modificaciones de servicios no afectan para nada al Presupuesto, que es el objetivo fundamental, o sea crear «servicios, servicios y servicios» dentro de lo consignado y existente en las plantillas.

Los servicios sanitarios regimentales organizados para tiempo de guerra son los de mayor trascendencia y los que dan más relieve e importancia al Cuerpo de Sanidad Militar; prueba evidente de ello son los brillantísimos resultados obtenidos en la reciente campaña de Melilla con la creación por el Estado Mayor Central de los equipos quirúrgicos, los de desinfección y odontológicos, mas la alta Inspección Sanitaria de los servicios del Ejército de África y los de transporte de barcos y trenes hospitales, hospitales de evacuación en las distintas Regiones de la Península, etc.; por lo tanto, hay que reorganizar estos servicios en la forma siguiente:

En tiempo de paz, un Médico por batallón; en el de guerra, dos médicos por unidad del Cuerpo de Sanidad Militar.

Como auxiliares, en época de guerra, un Médico de complemento por unidad y un practicante profesional, formando parte integrante de la misma.

En tiempo de guerra 16 camilleros enfermeros, destacados de los grupos divisionarios de las formaciones sanitarias, para el servicio permanente regimental de recogida y evacuación de heridos.

Un grupo de higiene profiláctica afecto a cada unidad, destacada para el servicio permanente del batallón, de los técnicos de las formaciones sanitarias del Parque de Desinfección.

Perfecta reorganización de las formaciones que son las que dan gran prestigio al Cuerpo de Sanidad Militar y las que más beneficio proporcionan al Ejército combatiente, tanto las ambulancias, como hospitales de campaña y estaciones sanitarias y elementos de higiene profiláctica de análisis, desinfección y esterilización. El personal de estas formaciones sanitarias en todo lo técnico debe estar encomendado exclusivamente al personal médico, «mando de las unidades y servicios médico-quirúrgico» y la parte mecánica de servicio de arrastre y ganado, vestuario, equipo e instrucción militar de las tropas, al Cuerpo auxiliar de Sanidad Militar, los Oficiales de la escala de reserva. La instrucción técnica profesional de Medicina y Cirugía de urgencia, que necesitan aprender a la perfección los sanitarios practicantes de las formaciones sanitarias, estará exclusivamente a cargo del Capitán Jefe de la compañía. Con esta pequeña reorganización de personal se pueden suprimir de la Comandancia de tropas de Sanidad Militar algunos Tenientes que pueden desempeñar su cometido profesional en las unidades armadas.

Es una utopía creer que en España pueden transformarse rápidamente los servicios hospitalarios con nuevas construcciones; vayamos evolucionando lentamente, aceptando la buena organización sanitaria que existe en estos Centros por parte del Cuerpo de Sanidad, solicitando únicamente de la Superioridad lo que por el momento es factible realizar: higienización de todos los locales de los hospitales existentes tal como se acaba de efectuar en el de Carabanchel, proveerlos de perfecto material quirúrgico y de medios de exploración, crear las especialidades médico-quirúrgicas en estos Centros para los hospitalizados y todos los Generales, Jefes y Oficiales con sus respectivas familias, que quieran acudir a las consultas; todo esto es realizable sin grabar para nada el Presupuesto; basta con las cantidades asignadas y con el personal que existe hoy en el Cuerpo. Los parques, laboratorios e institutos de higiene pueden ir evolucionando científicamente en armonía con

la capacidad económica del presupuesto de Guerra; ser optimistas en otro sentido, es engañarse a sí mismos.

Desde luego es de imperiosa necesidad ampliar el hospital de urgencia; pero, por ahora, como factor principal para realizarlo es el dinero, quedará por resolver hasta tiempos mejores, como otros muchos problemas de gran trascendencia.

No hay que pensar en el Cuerpo de Sanidad en la inmovilidad absoluta en los destinos al ascender de un empleo a otro, porque se lesionan intereses sagrados de la colectividad en beneficio de unos cuantos individuos y en perjuicio de los demás. Si el especializado al ascender no le conviene un cambio de residencia por no poder seguir atendiendo a sus intereses y clientela particular, que pida el pase a supernumerario o el retiro, como han hecho recientemente algunos compañeros. Todos los Médicos tienen derecho a mejorar sus condiciones sociales cuando les convenga o puedan cambiar de destino o residencia, lo que no podría efectuarse creando la estabilidad absoluta. Tan especialista es el ingeniero y artillero dentro de su profesión como puede serlo el médico militar, y, sin embargo, por bien de su organización, nunca han aspirado a una inmovilidad absoluta en los distintos empleos, limitándose a gozar de inmovilidad durante el tiempo que se invierte en ascender de un empleo a otro, y esto únicamente en las categorías superiores, pues en las de subalternos la movilidad o inmovilidad tiene que estar sujeta a la unidad armada a que se pertenece.

* * *

Por su mucha extensión del tema a desarrollar, explanaremos en otros dos artículos el plan de reformas que afectan al distinguido Cuerpo de Sanidad Militar, cuyo compendio hemos iniciado en los precedente párrafos.

(De *La Correspondencia Militar.*)

Actividad quirúrgica en las ambulancias de campaña

(CONCLUSIÓN)

Se vió que era más satisfactorio hacer pasar la tablilla por dentro del marco de hierro, suspendiéndola del borde superior de

éste por medio de tirantes, como se ve en la fig. 4.^a Cuando no era ventajoso hacer esto, se sostenía el final de la tablilla sobre un pedazo de madera o rollo de mantas para dejar a la pierna libre de los tirantes.

Fracturas de la tibia y del peroné.—Para aquellos casos de fractura de uno o ambos huesos en que el grado o posición de la herida no justificaba amputación inmediata, la fijación se efectuaba

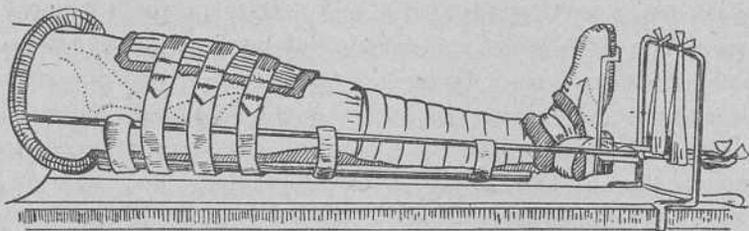


Fig. 4.^a

usualmente por medio de una tablilla posterior con una plantilla de pie, aparejada con dos tablillas laterales bastante largas para fijar la rodilla. Para fracturas en o cerca de la articulación de la rodilla, un aparato de rodilla Thomas era más eficaz.

La experiencia en los hospitales de base mostró que una larga proporción de los casos en que ambos huesos de la pierna estaban fracturados, más tarde o más temprano venía la amputación. La historia subsiguiente de los heridos de esta clase subrayó los resultados relativamente pobres que eran de esperarse cuando la fractura estaba en la mitad inferior del hueso. En estas heridas los nervios y vasos principales en razón de su posición anatómica estaban expuestos a lesionarse por los fragmentos. Eran comunes las infecciones graves, gangrenas musculares y hemorragias secundarias.

En vista de estas operaciones, se reconoció que cierto tanto por ciento de las heridas de esta naturaleza se trataban mejor con una amputación pronta antes de que se estableciera la infección. Tal operación podía efectuarse convenientemente en la ambulancia de campaña en los períodos tranquilos, aunque en las operaciones activas se dejaba más a menudo a las «casualty clearing station». Si el miembro estaba mal roto, esta demora no daba el mejor resultado para el paciente, pues el shock que en tales casos se desarrollaba

en el curso del transporte era grave; mientras que si se efectúa una amputación pronta, la incidencia de esta complicación está muy reducida.

HERIDAS DE LAS ARTICULACIONES

Siempre ha estado presente en la mente de un cirujano las peligrosas consecuencias de las heridas infectadas en una gran articulación. El tratamiento que exigían en las ambulancias de campaña consistía en la fijación eficaz de la articulación y el transporte pronto del caso con una nota particular en la tarjeta médica de campaña a la «casualty clearing station».

Las grandes articulaciones se fijaban por el mismo método que el detallado arriba para la fractura de los huesos largos que entran en la formación de las respectivas articulaciones.

AMPUTACIONES

En muchos casos, como ya hemos notado, las fracturas graves de la tibia y peroné se tratan mejor con una amputación pronta. En general, no era costumbre efectuar tales operaciones en la ambulancia de campaña o estación avanzada de cura, a no ser que fuera cuestión de seccionar unos cuantos colgajos restantes con un golpe del cuchillo. Se vió hacia el final de la guerra que una amputación formal, y que se esperaba que fuera definitiva, podía efectuarse en las estaciones avanzadas de cura bajo circunstancias favorables. Las condiciones que para este paso podían considerarse aconsejables son: fracturas de la pierna en su extremidad final, grandes lesiones en la articulación de la rodilla, y aquellas heridas en que los principales vasos y nervios del miembro hayan sido rotos. Respecto a las heridas en la extremidad superior, era regla el tratamiento conservador.

HERIDAS DE LA CABEZA

En los primeros días de la guerra era una cosa aceptada generalmente que la operación precoz era beneficiar a las heridas perforantes del cráneo. Pronto se vió bien, sin embargo, que los signos aparentes de presión intracerebral observados comúnmente después de estas heridas, no se aliviaban de ninguna manera por

la operación inmediata. La progresiva hemorragia arterial subdural o subcraneal de tipo clásico que conducía a la compresión, era muy rara en casos de heridas penetrantes del cráneo. Por ello se renunciaba a la operación en tales casos en la zona del frente.

Se encontró que las heridas de la cabeza en las estaciones avanzadas de cura, podía dividirse ordinariamente en dos casos: primero, aquellas heridas graves asociadas con un pulso rápido y débil en las que había lesión extensa de la masa encefálica, y en que podía esperarse un resultado fatal; y segundo, aquellas con un pulso firme y lento que soportaban bien el transporte y podía considerarse que tendrían muchas probabilidades de curar.

Los mismos principios del tratamiento general de las heridas se aplicaban a las de la cabeza en tanto como la naturaleza de la substancia encefálica afecta lo permitía.

HERIDAS DEL ESPINAZO

El diagnóstico de estos casos se apoyaba, aparte de los síntomas visibles de las heridas, sobre la presencia de la paraplejia o los trastornos de la función de la vejiga. Estos signos podían producirse por lesión mecánica de la médula, por hemorragia intramedular o por resultado de la conmoción. En el tratamiento de estos heridos era de primera importancia la evacuación rápida de la zona del frente, con objeto de que pudieran suministrárseles los cuidados esenciales para su supervivencia. No se empleaba ninguna forma de contención del espinazo, más allá de la que procuraba la posición supina de los tirantes. Era necesario el mayor cuidado para forrar el sacro, las nalgas y los talones, a fin de evitar la formación de úlceras de presión. El tratamiento de la retención de la orina, común en estos casos, cambió durante la guerra. En los primeros días era costumbre aconsejar el cateterismo regular. Más tarde, la experiencia en las bases y en Inglaterra, probó que en los casos en que se había empleado el cateterismo sistemáticamente se desarrollaban cistitis inevitables, y se hizo costumbre no pasar el catéter en la ambulancia de campaña, sino permitir a la vejiga llenarse y que se derramara cuando se sobreextendía.

HERIDAS DEL PECHO

Una considerable proporción de heridas penetrantes del pecho probaron en la campaña ser fatales, debido a las grandes lesiones del corazón o grandes vasos. En los que no morían en el acto, el paro de la respiración y la cianosis eran los síntomas preminentes poco tiempo después de la herida.

En las estaciones avanzadas de cura se dirigía el tratamiento a llenar las indicaciones de urgencia que permitieran el restablecimiento del balance respiratorio y circulatorio. Las dos indicaciones necesarias eran oponerse a la extensión de cualquier pneumotórax y el completo reposo físico. Para efectuar la oclusión de la herida, el método más eficaz era la sutura de sus márgenes, incluyendo todo el espesor de las capas de la pared del pecho.

Cuando esto fallaba, se empaquetaba la herida con gasa, que se fijaba con una cinta adherida. Después de haberse cumplido esta indicación, se absorbía el aire rápidamente en la cavidad pleural; el pulmón se expandía otra vez, y la mejoría en el cambio de oxígeno se hacía con rapidez.

El descanso absoluto en la posición dando la mayor facilidad al paciente, reducía la demanda de oxígeno de los tejidos a un mínimo, y así daba a los duramente trabajados músculos respiratorios y cardíacos un descanso que favorecía su nutrición.

Variaba considerablemente el tiempo que se retenían estos heridos en la estación de cura avanzada, antes del transporte. Cuando no había cianosis y la dispnea era escasa, se efectuaba la evacuación en las líneas ordinarias; en otros casos se imponía la espera, y aun en soldados, al parecer moribundos, se conseguían grandes mejorías inmediatas, después de veinticuatro a veintiocho horas de descanso completo. Todas las heridas del pecho se beneficiaban con el empleo de 1 a 2 cgrs. de morfina, dada hipodérmicamente. Los estimulantes cardíacos directos no eran de valor, aunque se utilizaron los procedimientos generales detallados, en relación al tratamiento del shock, a no ser que hubiera motivo para esperar hemorragias reaccionales.

HERIDAS DEL ABDOMEN

El diagnóstico de las heridas de la cavidad abdominal, aunque no era siempre posible hacerlo al poco tiempo de recibir la herida, estaba inspirado usualmente por la posición de las heridas y confirmado por el estado del paciente. En muchos casos, incluyendo aquéllos de grande lesión en las vísceras sólidas, los signos de hemorragia interna eran los hechos más salientes. En otros casos, la salida del intestino a través de la herida de la pared abdominal hacía necesaria una operación pronta.

En los primeros meses de la guerra se creía que los casos de heridas de perforación abdominal podían restablecerse con más probabilidad si no se operaban, excepto cuando había salida de alguna víscera. Esta hipótesis era consecuencia de los resultados relativamente satisfactorios del tratamiento conservador de las heridas abdominales en la guerra sudafricana. Se evidenció gradualmente que con las extensas laceraciones que causaban las balas puntiagudas y los fragmentos de granada en la guerra moderna, los resultados de este tratamiento eran desastrosos, y las series de casos en que se operaba pronto mostraron que este método rendía mejores resultados.

Se demostró que cuanto más pronto se efectuara la operación después de la herida, tanto mayor era la probabilidad del éxito. La reducción al mínimo de los riesgos de muerte, cuando se operaba al herido poco después de caer, y el convencimiento de que se evitaban con ellos riesgos y fatigas al herido, hizo que durante períodos de guerra estacionaria los centros operatorios especiales, dedicados enteramente al tratamiento de heridas del abdomen, se establecieran tan cerca de la línea de fuego como fuera posible. Estas unidades estaban establecidas generalmente por una sección de ambulancia de campaña, con la adición de algún personal de una «clearing station». De cuando en cuando se hicieron tentativas para efectuar el trabajo operatorio de los heridos de vientre en las estaciones de curas. En Gallipoli, una ambulancia de campaña operaba sistemáticamente en todas las heridas penetrantes abdominales; pero no se señalaron los resultados finales de estos casos.

En general, las tentativas para efectuar operaciones abdominales radicales en la zona del frente no prosperaron; en algunas

ocasiones era posible disponer de una técnica quirúrgica adecuada, pero era imposible suplir la tranquilidad razonable y el alimento práctico, cosas ambas esenciales en el post-tratamiento de estos casos. En este terreno se encontró mejor hacer que la «casualty clearing station» el centro operativo para los casos abdominales, igual que para todos los demás.

Con el establecimiento de esta práctica, el tratamiento de las heridas abdominales en las ambulancias de campaña se limitó a la aplicación de una cura sencilla y la evacuación rápida al centro operativo.

Se encontró ser mejor no intentar la reducción de la víscera herniada, pues en la mayoría de los casos de esta clase había también una herida interna extensiva, y la mera reducción del trozo herniado no mejoraba sino parcialmente estos casos. Se tenía especial cuidado de mantener calientes a los pacientes, y el alimento líquido sólo se daba en pequeñas cantidades; si la posición de la herida o los síntomas hacían pensar en una herida del estómago, se daba el líquido algunas veces subcutáneamente. El valor de la administración de morfina era un asunto sobre el que existían diferencias de opinión; sin duda alguna, daba a los pacientes más comodidad durante el período del transporte; pero algunos operadores de las «casualty clearing stations» vinieron a la conclusión de que los casos así tratados estaban en un estado menos satisfactorio para soportar la operación que aquellos que no habían recibido morfina. Como materia de práctica, la mayoría de esta clase recibían 12 miligramos de morfina en la estación avanzada de cura, y cuando no recibían una dosis mucho mayor, parecía que la pasaban bien.

MATERIAL DE CURA DE LAS AMBULANCIAS DE CAMPAÑA

Algodón y gasa se suministraban en grandes paquetes sin esterilizar en el Ejército británico; pero en los Ejércitos aliados en Francia se suministraban en paquetes de diferentes tamaños ya esterilizados. Solamente al final de la guerra se suministraron paquetes similares en el frente británico.

Las principales objeciones en los paquetes grandes eran que se usaban a menudo cantidades innecesarias; que un paquete abierto de gasa o algodón estaba expuesto a ensuciarse, y que cortando

gasa o algodón el material se contaminaba a menudo por las manos de ordenanzas u Oficiales. Se ahorrraba mucho tiempo cuando ya estaban cortados.

Las conclusiones a que llegaron la mayoría de los cirujanos eran: que era aconsejable en lo futuro usar material de cura esterilizado en las ambulancias de campaña, ya empaquetado en paquetes de tres tamaños diferentes, y se creía que esto sería más conveniente para las heridas y también más económico.

BIBLIOGRAFÍA

- Beg.*—«Field Ambulance Work at Anzae.» B. M. J., 1915, vol. II, p. 806.
Marshal.—«Anæsthetics and at a Casualty Clearing Station.» (Discussion.) Proc. Roy. Soc. Med. 1916-1917, vol. X; (Anæsth. Sec.), p. 17; Lancet, 1917, vol. I, pp. 615, 886.
Watson Cheine.—«Treatment of Wounds in War.» Hunterian Oration, 1915; Lancet, 1915, Vol. I, pp. 419, 514.
Page.—«The transport of Cases of Fractured Thigh». B. M. J., 1915, volumen II, p. 173.
— «Hot Air Appliances for Field Nuits.» B. M. J. 1918, vol. I, p. 480.

ESTUDIO SOBRE EL TORTICOLIS MENTAL DE BRISSAUD

BASADO EN VARIOS CASOS CLÍNICOS DE MI EXPERIENCIA PERSONAL

III

N. N., mujer de treinta años, soltera, modista, con antecedentes familiares psicopáticos, me cuenta que desde hace cinco meses viene observando que el cuello se la mueve y tuerce hacia atrás y hacia el lado izquierdo, a pesar de su voluntad, cosa que ella atribuye al cansancio producido por la costumbre de haber cosido mucho con la cabeza muy baja e inclinada al lado izquierdo.

Esta enferma, como los casos anteriores, también se queja de rigideces y dolores fuertes en casi todos los músculos del cuello y espalda y de accesos de tristeza y angustia moral, que la colocan en un estado de retraimiento social grande, imposibilitándola además para el trabajo.

Por lo demás no se comprueban en esta enferma estigmas histéricos ni traumatismos cervicales, ni diátesis reumáticas que pudieran explicar su afección.

Explorada, compruebo en ella que el cuello se halla fuertemente inclinado hacia el lado izquierdo y hacia atrás, siendo atacado de cuando en cuando por algunos ligeros movimientos convulsionantes, todo lo cual la origina una actitud deforme que resiste fuertemente a toda corrección violenta (véase foto núm. 4).



Fig. 4.^a—Retro latero-torticollis de Brissaud.
(3.^a Historia clínica.)

Diagnóstico.—Por lo expuesto se deduce fácilmente que se trata de otro caso de *retrotorticollis izquierdo mental de Brissaud*.

Podría seguir exponiendo una serie de casos más parecidos a los tres historiadados, pero renuncio a ello, por considerar que los tres expuestos son más que suficientes y expresivos para servir de base a los juicios diagnósticos y terapéuticos que a continuación voy a comentar.

Juicios diagnósticos y terapéuticos sobre los casos anteriormente historiadados.—La entidad psiconeuropática que nos ocupa se presta, cual ninguna otra, a consideraciones clínicas de lo más interesantes y curiosas.

En primer lugar, es ésta una afección que pocas o ninguna vez

llega a ser bien diagnosticada y tratada por el médico general, cosa que no ha de extrañarnos si tenemos en cuenta:

- 1.º Que es enfermedad cuyo estudio incumbe a los psiquiatras.
- 2.º El gran número de tortícolis de otra naturaleza, con los que puede ser confundida; y
- 3.º La escasa frecuencia de la misma. (Por mi parte puedo decir que, en mis diez y seis años de ejercicio de la especialidad, sólo habré visto de la entidad patológica que nos ocupa hasta un par de docenas de casos.)

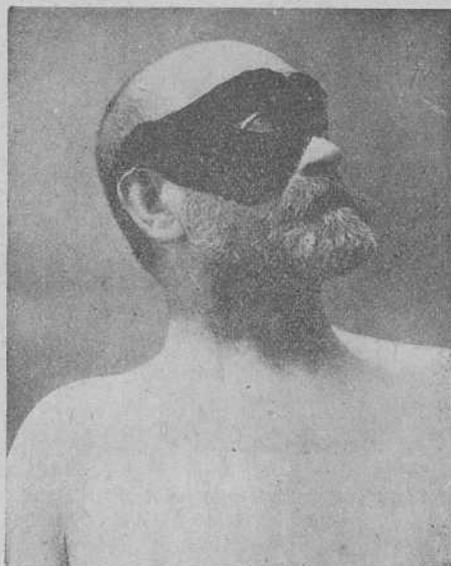


Fig. 1.ª—El enfermo de la historia primera visto de frente, al mes de su tratamiento.

Mas esta escasa frecuencia no justifica el abandono diagnóstico y, sobre todo, terapéutico, en que se suele dejar a los pobres enfermos que tienen la desgracia de padecerla, cosa que he podido comprobar en todos los casos por mí observados y tratados, a pesar de haber pasado antes por manos de verdaderos prestigios profesionales.

Necesario se hace, pues, que marquemos ante todo clara y concisamente las características más esenciales del *Tortícolis mental de Brissaud*, y sus diferenciaciones con otra clase de tortícolis.

El *Torticolis mental de Brissaud*, que debe su nombre a este ilustre psiquiatra francés, es enfermedad que, por encima de los *quince* años, puede aparecer en todas las edades; que necesita siempre para producirse una predisposición mental de carácter *obsesivo*, que toma su origen en la *patoherencia psiconerviosa*, y en una causa próxima eficiente, que casi siempre pasa inadvertida para el sujeto, pero que insistiendo en el interrogatorio, siempre

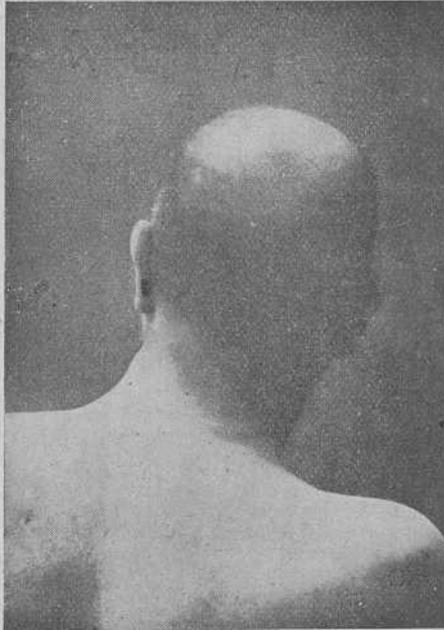


Fig. 2.^a—El enfermo de la historia primera visto de espaldas al mes de tratamiento.

es fácil encontrarla; tal es en unos casos como el primeramente historiado, la costumbre de embozarse durante muchos años en su pesada capa; tal es en otros una pequeña rozadura provocada por el cuello de la camisa, que obliga al sujeto a movimientos instintivos de defensa, que luego se convierten en torticollis por predisposición y hábito; y, en fin, en otros el torticollis mental tomó su causa eficiente en alguna actitud viciosa del cuello, adquirida por el sujeto al leer, escribir o coser, etc. (como en el caso historiado en tercer lugar), o en algún traumatismo de gran aparatosidad

moral; pero sin ninguna o muy leve lesión material en los tejidos del cuello (como en el enfermo descrito en la segunda historia clínica).

Con estos dos factores, predisposición mental y hábito adquirido hacia una actitud viciosa inicial o hacia un brusco y repetido movimiento de defensa, no tarda en llegar a crearse en la mentali-



Fig. 3.^a—Una sesión de reeducación psicomotriz.

dad del sujeto un trastorno *psicomotor* de carácter obsesivo muy parecido a lo que ocurre en los *ticosos*.

Este trastorno *psicomotor* se traduce en lo *mental* por una obsesión motora de extremada tenacidad, contra la que, inútilmente, lucha la voluntad para desterrarla del campo de la *conciencia*.

Como resultado de esta lucha, no tardan en surgir en el *sujeto* importantes trastornos en su personalidad, traducidos por achicamiento en el potencial *psicodinámico* de la *misma*, y por síndromes angustiosos y de dolorimiento moral de los más molestos y persistentes; y sólo así es como se explica la depresión mental y

moral, la tristeza, la tendencia a la soledad; la inquietud, ansiedad y angustia; la desesperación y hasta las tendencias suicidas, que presentan muchos de estos enfermos.

En lo motor, el estado obsesivo del sujeto determina en éste movimientos convulsivos cervicales, variables en intensidad y duración, que tienden a inclinar el cuello y cabeza hacia adelante, atrás o a los lados; estos movimientos convulsivos terminan, casi siempre, por ceder, terminando por una contracción tónica intensa y permanente, que se localiza principalmente en el *músculo esternocleidomastoideo*; pero, como además, otros músculos como el trapecio, deltoides, pectorales, etc., entran en acción también a título de corrección y defensa, resulta que al cabo del tiempo el enfermo llega a adquirir una actitud viciosa violentísima y de gran deformidad, que abarca no sólo al cuello, sino también a la cara, hombros y parte del cuerpo, correspondiente al lado de la inclinación cervical.

JULIO CAMINO,

Comandante Médico de Sanidad Militar; Jefe técnico de la Clínica militar del Manicomio de Ciempozuelos; Miembro titular de la Société de Psychologie, d'Hypnologie et de Psychotherapie de Paris; Profesor encargado de la Clínica de Psico-neurología del Cuarto Dispensario de la Cruz Roja de esta Corte, etc.

(Continuará.)

NEUROSÍFILIS. LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

La neurosífilis ofrece, en la mayor parte de los casos, modificaciones fundamentales en el líquido céfalorraquídeo: hiperalbuminosis (más de 0,30 gramos por litro), linfocitosis (más de 4-5 linfocitos por milímetro cúbico), las reacciones de Wassermann, Pandy, Sachs-Georgi, Nonne, Noguchi, Weichbrodt, Lange, Guillaín-Laroche-Lechelle, positivas.

En ocasiones se hallan signos evidentes de neurosífilis (mielitis, meningitis, meningoencefalitis, radiculitis), y, en cambio, faltan una o varias alteraciones del líquido céfalorraquídeo sífilítico. Esta divergencia somatoserológica es más evidente en los análisis del líquido céfalorraquídeo de neurosífilis con síntomas clínicos mínimos (Cestan, Riser, Joffroy et Mercier, Ardım-Delteil, Mestre-

zat, Charpentier y Barbé, Mitchell, Darlin y Newcomb, Sicard, etcétera, etc.

Además de la disociación somatoserológica, debe señalarse el hecho de que la reacción Wassermann puede ser positiva en un líquido céfalorraquídeo que no contenga albúminas ni células en cantidades anormales. Por esta razón, no debe suprimirse la reacción Wassermann en un líquido céfalorraquídeo, porque no da hiperalbuminosis ni linfocitosis.

Cestan y Riser (*Ann. de Dermat. et Siph.*, 1922) ofrecen a nuestro estudio una estadística de 200 enfermos avariósicos, cuyo líquido céfalorraquídeo—previa punción lumbar—fué examinado hasta 10 y 15 veces en el tiempo de tres años, con una técnica rigurosa y persistente (aparato de Rovaut y Bcyer, célula de Nageote, reacción Wassermann al modo de Calmette-Massol).

Véanse los resultados de sus experiencias:

En 157 casos el líquido céfalorraquídeo presentaba linfocitosis e hiperalbuminosis considerable; reacción Wassermann positiva.

En 37 casos, con reacción Wassermann positiva, existía divergencia en las demás alteraciones patológicas.

En seis casos la reacción Wassermann fué negativa, pero la reacción del benjuí coloidal de Guillain, Laroche y Lechelle, positiva, con hiperalbuminosis notable.

Ninguno de los enfermos presentaba accidentes primarios ni secundarios; la mayor parte lo eran del sistema nervioso.

Grupo A.—Reacción Wassermann, positiva. Hiperalbuminosis. No reacción citológica.—Esta disociación por *acitosis* puede comprobarse antes o después del tratamiento específico; es decir, son neurosifilíticos cuyo líquido céfalorraquídeo sin terapéutica daba: hiperalbuminosis, linfocitosis, reacción Wassermann positiva; los arsenobenzoles hacen desaparecer solamente la hiperlinfocitosis, quedando la hiperalbuminosis (disociación albuminocitológica Cestan y Riser.)

a) *Disociación albuminocitológica, antes del tratamiento.* — 23 observaciones con las modalidades clínicas hidrocefalia, meningitis crónica, parálisis general, tabes, epilepsia, paraplejias, otras enfermedades mentales sin relación con la parálisis general, sífilis sin alteraciones apreciables del neuroeje, pero con líquido céfalorraquídeo modificado.

b) *Disociación albuminocitológica debida al tratamiento.*—Ocho observaciones.

Antes del tratamiento: albúmina, 3 gramos; linfocitosis, 100; reacción Wassermann, + + + + .

Después del tratamiento: albúmina, 1 gramo; linfocitosis, 2; reacción Wassermann, + + + + .

Dosis terapéutica: 6 gramos sulfarsenol en dos meses.

Las cifras antedichas representan una media proporcional. El análisis de los 31 casos precedentes permiten afirmar que no existe relación entre el valor citológico del líquido céfalorraquídeo y la intensidad de la afección nerviosa. Parálisis generales de marcha rápida, con síntomas importantes psíquicos y orgánicos, no han ofrecido linfocitosis anormal en repetidos exámenes, no obstante la reacción Wassermann fuerte, positiva e hiperalbuminosis; igual ocurre en las paraplejias rápidamente progresivas.

La influencia del tratamiento específico sobre la linfocitosis es notable. Desde las primeras inyecciones de neo disminuye el número de células por milímetro cúbico, en tanto que la hiperalbuminosis se acentúa con frecuencia. La linfocitosis residual no desaparece ni aun con nueva serie de neo.

Grupo B.—*Reacción Wassermann, positiva. Albúmina, normal. Linfocitosis, notable.*—Una sola observación. Enfermo de reblandecimiento cortical por arteritis específica. Cestan y Riser no pueden explicar la ausencia de hiperalbuminosis en este caso.

Grupo C.—*Reacción Wassermann, positiva. Acitosis. Albúmina normal.*—Cinco observaciones. El número exiguo de los casos no permite muchas consideraciones patogénicas; únicamente se advierte que la hiperalbuminosis no es necesaria para que la reacción Wassermann sea positiva; es decir, hiperalbuminosis y reacción Wassermann son independientes. La frecuencia de la hiperalbuminosis aislada en el líquido céfalorraquídeo de los sífilíticos ha merecido la atención singular de los neurólogos. Esta alteración sérica se presenta en ocasiones diversas; sífilíticos contagiados de fecha corta (uno a tres años) o luéticos antiguos, enfermos sin signo clínico específico o con síntomas de la serie tabética o hemipléjica, crisis comiciales, etc. La hiperalbuminosis, ¿es un síntoma precoz de neurosífilis? ¿Señala el despertar de la enfermedad, o es una secuela de ataque anterior del neuroeje?

Estas cuestiones son de capital importancia, pues los primeros

casos requieren tratamiento enérgico de la enfermedad o abstención terapéutica.

Ravaut (1904) considera la hiperalbuminosis aislada como síntoma residual de meningitis anterior, de fecha variable y casi extinguida, es decir, hiperalbuminosis aislada de líquido céfalorraquídeo revela una sífilis no evolutiva.

En apoyo de esa afirmación, Cestan y Riser aducen tres argumentos:

a) En enfermos específicos que presentan hiperalbuminosis aislada se obtiene la reactivación de la reacción Wassermann raquidiana por una o varias inyecciones de neo. Esta reacción Wassermann + es pasajera en la mayoría de los casos, en tanto que la hiperalbuminosis persiste, hecho que permite considerarla como cicatriz humoral.

b) Las punciones lumbares seriadas en el mismo enfermo demuestran que algunos sifilíticos, con líquido céfalorraquídeo muy alterado, sólo presentan después del tratamiento hiperalbuminosis aislada.

c) En ocasiones, la hiperalbuminosis aislada puede desaparecer con el tratamiento.

La reactivación pasajera de la reacción Wassermann del líquido céfalorraquídeo que anteriormente nos daba hiperalbuminosis aislada, comprueba la hipótesis admitida de atribuir a esta última el valor de signo testigo de una lesión sifilítica antigua de la meninge (tabes, parálisis general, radiculitis, etc.).

El tratamiento intensivo y prolongado, pues, hace desaparecer la reacción Wassermann y la linfocitosis, y sólo ejerce débil acción sobre la hiperalbuminosis que contenía aislada con variable intensidad y a veces por largo tiempo. En tales circunstancias, el proceso inflamatorio no siempre se extingue definitivamente; sucede que el tratamiento inhibe el proceso, que de nuevo puede reaparecer en un lapso breve de tiempo.

Cestan y Riser sostienen estas conclusiones con una estadística numerosa y detallada de enfermos (meningitis crónicas, meningoradiculitis, meningomielitis) con un minimum de pequeños signos clínicos efecto de su neuroaxitis crónica y de la hiperalbuminosis residual.

La eficacia del tratamiento específico en la hiperalbuminosis es mucho mayor en las sífilis precoces con reacción meníngea casi

siempre histológica o sin signos clínicos de importancia, «período secundario».

De lo apuntado puede obtenerse, como conclusión primordial, el que la hiperalbuminosis—en la mayoría de los casos—revela la cicatriz de una meningitis sífilítica anterior definitiva o temporalmente curada, acompañada o no de lesiones parenquimatosas.

BIBLIOGRAFÍA

Fordyce et Roseu: Laboratory findings in early and late syphilis. (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1921.)

Kanigstein et A. Spiegel. (*Wiener Klin. Wochensch.*, 1921.) Die Anatom. Grunlagen der Liquorbefunde in Frühstadium der Luer.

H. Fuhs et G. Schallinger: Erfahrungen mit der diag. Lumbolpunkción be Lues. (*Dermat. Zeitsch.*, 1921.)

Ayer et Foster: Quantitative estimation of the total protein in the cerebrospinal fluid. (*Jour. of the Med. Assoc.*, 1921.)

Cestan Riser: L'hiperalb. isolée du L. C. R. cher les siphilitiques. (*Anas. de Derm. et d. Syph.*, 1922.)

R. Targowla: Le L. C. R. dans les formes evol. de la P. G. (*Anas. de Med.*, 1921.)

E. Peyre et R. Targowla: Interet de dilutions faibles des liqs. cef. raq. dans la R. W. (*Comp. rendus de la Soc. biol.*, 1921.)

E. Hathan et H. Martin: Quant. Bestimm. der Reagine de Syphilis serums, etc. (*Dermat. Zeitsch.*, 1922.)

H. Fugh. Beiträge zum Studium der gebrauchl. Kolloïdchem. meth. in Liquor von Luetiker. (*Dermat. Wochensch.*, 1921.)

DR. C. VALDOVINOS,
Comandante Médico.

(De La Medicina Ibera.)

VARIEDADES

Damos el más sentido pésame al Excmo. Sr. Inspector Médico de primera clase D. José Zapico y al Comandante Médico D. José Palanca, por las desgracias de familia que acaban de experimentar.

*
* *

El 6 del corriente pronunció una interesante conferencia en la Universidad Central, sobre las cochinillas y los piojillos de los vegetales, el Subinspector Farmacéutico de primera clase D. Ricardo García Mercet, distinguido naturalista.

*
* *

El ilustrado Farmacéutico mayor de la Armada, D. Leopoldo López Pérez, ha sido nombrado, a propuesta de la Sección de Farmacología y Terapéutica, Académico correspondiente de la Real Nacional de Medicina.

Reciba nuestra afectuosa felicitación.

*
**

Se ha dispuesto que el Inspector Médico D. Eduardo Semprún continúe prestando servicio en comisión en el Instituto de Higiene Militar, hasta que termine el curso de Investigación biológica.

*
**

Ha sido nombrado Comisario Regio de la Cruz Roja Española, en sustitución del Consejero togado de la Armada D. Eladio Mille, el Teniente coronel de Artillería Sr. Marqués de Hoyos.

*
**

Relación de las cantidades recibidas para el homenaje a la Srta. Enfermera D.^a Elvira López.

	Pesetas.
<i>Suma anterior</i>	688,00
Coronel Médico D. Manuel Puig (Melilla).....	9,50
Comandante Médico.....	5,00
Hospital de Granada.....	50,00
Academia de Sanidad Militar.....	20,00
Instituto de Higiene Militar.....	54,00
Comandancia de Larache.....	95,00
Parque de Sanidad Militar.....	20,00
TOTAL	941,50

*
**

Ha sido elegido por unanimidad Decano del Hospital Provincial de Madrid, el ilustre Dr. D. Juan Bravo.

*
* *

Colegio de Huérfanos de la Inmaculada Concepción.

Balance de Caja correspondiente al segundo cuatrimestre de 1922-23.

D E B E	
	Pesetas.
Existencia en 1.º de Noviembre	67.152,69
Recibido de Intendencia Militar	84.248,03
De la 4.ª Comandancia Tropas de Sanidad Militar...	150
De la Compañía Mixta de Sanidad Militar de Melilla.	152,40
De la ídem de Larache	333
De la ídem de Ceuta	772,15
Por alumnos de pago	3.418,75
Donativos	400
Reintegro por anticipo de pagas	264,20
Cuotas individuales	20.756,20
Por venta de comida (sobras)	73,80
Por intereses del Banco de España	400
Cuotas extraordinarias	15
	178.136,22
TOTAL	178.136,22

H A B E R	
	Pesetas.
Vestuario	7.833,75
Pensiones	17.192,75
Viveres	12.719
Gastos generales	9.793,06
Personal civil	6.036
Pagas de Jefes y Oficiales	30.921,88
Por compra de títulos de la Deuda perpetua interior.	70.947,55
Existencia en Caja	22.692,23
	178.136,22
TOTAL	178.136,22

Donativos.—De la carnicería, 25 pesetas; del comercio de ultramarinos, 25; del sobrante del homenaje al Coronel Echevarría, 40; del sobrante de la Comisión Informativa disuelta en la 5.^a Región, 23,50; de la suscripción pro «Palanca», 90; de la 1.^a Comandancia de Tropas de Sanidad Militar, 156,70; del Teniente Auditor de 1.^a Sr. Urizar, 40.

NOTA.—Además de la existencia detallada anteriormente, posee este Colegio 178.500 pesetas nominales en papel del Estado de la Denda perpetua interior.

Madrid, 28 de Febrero de 1923.—V.º B.º: El Coronel-Director, *León.*—El Auditor de Brigada, Jefe del Detall, *Rafael Pérez y Pérez.*



PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Avitaminosis y disvitaminosis, por MM. Rolland y Jouve.—Hay avitaminosis bien caracterizadas y avitaminosis frustradas. Las primeras encuentran su expresión máxima en el beri-beri y el escorbuto, y las segundas se hallan representadas por ciertos síndromes menos graves, de diferencias menos marcadas y, por lo tanto, más difíciles de descubrir.

El beri-beri reina de preferencia en el extremo Oriente, conociendo por causa la alimentación exclusiva con arroz decorticado, es el prototipo de las avitaminosis de tipo polineurítico, debidas a la ausencia en la alimentación de vitaminas de los grupos hidrosoluble y liposoluble. La polineuritis experimental, reproducción casi exacta del beri-beri, se reproduce con una extrema facilidad en la paloma, animal muy sensible, pudiéndosela hacer aparecer también fácilmente en el perro y en el conejo.

El escorbuto, que tantos estragos

hacia antiguamente entre los marinos, desapareció con la navegación a vapor, que permite escalas más frecuentes y avituallamiento de sustancias alimenticias frescas. Esta afección parece estar bajo la dependencia exclusiva del factor hidrosoluble, o más exactamente, de uno de los elementos de este factor, el más frágil, el más sensible a la acción del calor, de la desecación y del envejecimiento. No en todos los animales puede reproducirse el escorbuto experimentalmente, siendo, al parecer, el hombre el más sensible.

En nuestros climas sólo excepcionalmente se observan estas dos afecciones, pero sus síntomas atenuados pueden reconocerse fácilmente en algunos dispépticos o enteríticos, sometidos a régimen de pastas y purés, cuando no se pone a tiempo el debido correctivo. Se sabe también que en el niño la enfermedad de Barlow no es otra cosa que un escorbuto más o menos atenuado,

capaz de acompañarse, a veces, de síntomas claramente beribéricos, como en un niño de seis años, observado por Revillet, que estando sometido a régimen de pastas, por padecer una enteritis crónica, a más de una gingivitis muy marcada y de un estado nutritivo alarmante, llegó a presentar dolores vivos yuxtaepifisarios a nivel de las rodillas, con relajamiento de los ligamentos laterales. Mouriquand hizo notar, a propósito de este caso, que una alimentación tal no podría ser prolongada, sobre todo en el niño, sin acarrear trastornos nutritivos más o menos graves.

En el adulto estos síntomas de precarencia se manifiestan desde luego por la pérdida del apetito. La anorexia en un sujeto sometido a una alimentación especial por una afección cualquiera, debe ser considerada como un signo *avisador* que precede al adelgazamiento y a la astenia, y que impone una modificación y una mayor amplitud en el régimen. Ahora bien; si el estado gástrico o intestinal obligan a continuar el régimen con todo rigor, echaremos mano a un extracto vitamínado polivalente, lo que nos permitirá conciliar los dos postulados terapéuticos en apariencia opuestos: mantener el régimen y prevenir o curar los accidentes de carencia. Señalemos de pasada que las pastas y farináceos, que ocupan un gran lugar en los regímenes antidisépticos y enteríticos, aportan al organismo de los enfermos una masa relativamente considerable de hidrocarbonados, que exige para su digestión una cantidad equivalente de ptialina y fermentos diges-

tivos; desde cuyo punto de vista, los extractos vitamínados, ricos en diastasa, facilitarán también grandemente la digestión y asimilación de tales alimentos.

Otra de las enfermedades que parece hallarse relacionada con la avitaminosis es la pelagra, cuya patogenia no está todavía definitivamente establecida.

La observación de algunos hechos ha llegado a hacer sospechar que al lado de estas avitaminosis a que acabamos de pasar revista, existen también *disvitaminosis*, es decir, afecciones cuyos síntomas dependen de la disminución o falta de aptitud del organismo para asimilar las vitaminas, lo cual daría lugar a un déficit intraorgánico de éstas, con sus naturales consecuencias, en sujetos no sometidos a régimen de carencia.

Quizá puedan atribuirse verosímilmente a este defecto de asimilación de las vitaminas, ciertos estados de depresión, de inapetencia y de astenia que presentan algunos sujetos sin causa aparente. En tales casos no hay que olvidar que se sabe que para el mantenimiento de los cambios orgánicos es indispensable un *minimum* de elementos vitamínicos, pero que no se sabe que el exceso de éstos haya dado lugar a accidentes de ninguna especie, por lo que a tales enfermos podremos administrarles sin riesgo, en abundancia, legumbres frescas, frutos jugosos y aun el propio extracto vegetal vitamínico.—(*Le Courrier Médical*, núm. 31, 3 de Septiembre de 1922.)—*T. R. Y.*—(*El Siglo Médico*, 17 Febrero 1923.)

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

La frecuencia de portadores de «Entamoeba» disintérica entre los soldados regresados del servicio de Europa.—Kofoid y Swezy.—(*Amer. Journ. of Trop. Méd.*)—Desde 1910, Kofoid, Kornhauser y Plate habían observado que de 2.144 soldados que habían servido en Europa, 276 (19,9 por 100) eran portadores de la *Entamoeba* disintérica; mientras que de 559 soldados que no habían salido de América, 22 (3,9 por 100) poseían dicho elemento infeccioso. Otra estadística hecha por Kofoid en 1920 arroja los porcentajes respectivos de 12,8 y 4,3. Si esta cifra de 12,8 por 100 es exacta, se llegaría, tomando por base los tres millones de americanos que hubieron de atravesar el Atlántico, a 384.000 portadores, y hasta sería necesario doblar esta cifra para expresar la realidad.

Nuevos exámenes verificados en antiguos soldados, estudiantes de la Universidad de Berkeley, refuerzan singularmente estas cifras, puesto que en 91 repatriados, 61 (67 por 100) se comprobó la presencia del *Entamoeba*; esto puede ser debido a diferentes causas, en especial a que los exámenes han podido ser repetidos (por término medio, cuatro exámenes por hombre), y también a que los soldados hicieron la guerra al final en condiciones muy duras y en regiones en las cuales reinaba la disenteria.

Se ha llamado la atención sobre el peligro que resulta de este nuevo estado de cosas creado por la guerra.—(*Office International d'Hygiène Publique*, Décembre 1922.)—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

De higiene rural (Crítica y Alegato), por el Dr. D. F. Murillo, Inspector general de Instituciones sanitarias.

Entre las diversas e interesantes publicaciones de propaganda sanitaria que viene difundiendo la Dirección de Sanidad civil, el trabajo del ilustre Dr. Murillo sobresale por su sentido práctico, ya que ha sido inspirado por una atenta observación del modo cómo se desarrolla la vida en las poblaciones rurales. Contra lo que a primera vista parece, dedúcese de las estadísticas recogidas por el autor que la morbosidad y mortalidad de los pueblos difiere poco

de la de las capitales de provincia, y si desciende algo en relación con las grandes urbes, sabido es que obedece a que en una área restringida de terreno, y efecto de las aglomeraciones excesivas, mayores son los motivos de impurificación las causas de insalubridad y los motivos de contagio.

El estudio de la vivienda, los servicios comunales, el de la educación higiénica e inspección sanitaria local, así como las importantes derivaciones que constituyen las deficiencias en los pozos, de las letrinas, cuando existen, y del empleo del estiércol, están inspirados en el atraso rural que se observa en estas cuestiones, y que el Dr. Murillo pone de manifiesto, mediante interesantísimas reflexiones, auxiliadas con sugestivos fotograbados.

El folleto de referencia, cuya difusión debiera alcanzar a todos los Municipios rurales de España, y ser leído e interpretado por los respectivos Médicos, es digno de todo aplauso.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

- 2 Abril. — Real orden (*D. O.* núm. 72) disponiendo que el Inspector Médico D. Eduardo Semprún Semprún continúe desarrollando hasta la terminación del presente curso el de Físicoquímica biológica, que inauguró en el Instituto de Higiene Militar.
- 4 » Real orden (*D. O.* núm. 75) trasladando Real orden de la Presidencia del Consejo de Ministros para que se exija en los certificados médicos el sello creado por Real decreto de 15 de Mayo de 1917 para arbitrar recursos para el sostenimiento del Colegio de Huérfanos de Médicos.
- » Real orden (*D. O.* núm. 75) concediendo la Cruz de San Hermenegildo a los Comandantes Médicos D. Federico González Deleito y D. Juan Barcia Eléizegui, y a los Farmacéuticos mayores D. Manuel Dronda Surio, don Enrique Fernández de Rojas y Cedrún y D. Félix Ruiz Garrido.
- 5 » Real orden (*D. O.* núm. 75) disponiendo se den por ter-

minadas las prácticas que seguían los Farmacéuticos segundos de nuevo ingreso.

- 6 Abril.—Real orden (*D. O.* núm. 76) disponiendo que las propuestas de pase a la reserva de Jefes y Oficiales se tramiten del mismo modo que para las de retiro determina la Real orden circular de 19 de Febrero de 1907 (*C. L.* número 34).
- » » Real orden (*D. O.* núm. 76) confiriendo el empleo superior inmediato a los Jefes y Oficiales Médicos siguientes:
- Teniente coronel D. José Romero Aguilar; Comandantes D. Rafael Alcaide Burillo y D. Francisco Iturralde López; Capitanes D. Manuel Lamata Desbertrand, D. Antonio López Castro y D. Juan Pomar Taboada.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 76) concediendo el empleo de Farmacéutico primero a D. Jaime Olea Herráiz.
- 7 » Real orden (*D. O.* núm. 77) concediendo el pase a supernumerario, sin sueldo, con residencia en la octava Región, al Comandante Médico D. Cesáreo Gutiérrez Vázquez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 79) concediendo licencia para asuntos propios al Comandante Médico D. Fernando Muñoz Beato para París (Francia), durante los meses de Mayo y Junio próximo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 79) disponiendo se dote a los Depósitos de medicamentos de Melilla, Ceuta y Larache del material necesario para elaborar comprimidos e inyectables, y del de análisis correspondiente a la farmacia del primer grupo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 79) disponiendo que los Farmacéuticos segundos de nuevo ingreso reciban en las prácticas reglamentarias las enseñanzas de equitación.
- 9 » Real orden (*D. O.* núm. 78) disponiendo que los Tenientes Médicos D. Alberto Cortés del Egido y D. Juan Herrera Carrillo pasen destinados al grupo de Fuerzas Regulares Indígenas de Ceuta, núm. 3.