

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

## Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año III

Madrid 1.º de Abril de 1909

Número 7

### SUMARIO

Un caso de pseudo-artrosis del húmero curado por la resección de los fragmentos y sutura ósea, por R. Fiol.—Inflamaciones reumáticas de la membrana vascular del ojo, por V. Suárez Puerto.—Farmacia práctica, por L. Nieto.—La estadística sanitaria del Ejército español en 1906, por A. de Larra.—Comunicación interesante.—*Prensa médica*: Inyecciones de morfina en el cólera.—Síntomas cutáneos de la tripanosomiasis humana.—Estudio de la sangre en la blenorragia.—*Asociación filantrópica de Sanidad Militar*.—*Variaciones*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Abril de 1909.—*Manual legislativo de Sanidad Militar*.

## UN CASO DE PSEUDO-ARTROSIS DEL HÚMERO

CURADO POR LA RESECCIÓN DE LOS FRAGMENTOS Y SUTURA ÓSEA

Se trata del soldado de la Comandancia de Artillería de Cádiz Juan Rosado Guisado, de veintitrés años de edad, natural de Las Cabezas, provincia de Sevilla, en donde disfrutaba uso de licencia. En la tarde del día 10 de Agosto regresaba al pueblo de una era cercana, adonde había ido por sacas de grano en un carro de su propiedad. Yendo recostado en el interior del carro se espantaron las mulas, y al tratar de incorporarse cayó sobre los sacos, introduciendo el brazo izquierdo por los brazales y entre dos radios de las ruedas, que al seguir girando le ocasionaron la fractura del húmero, con gran equimosis en el tercio inferior del brazo, vivo dolor y pérdida del conocimiento. Fué trasladado en seguida á su do-

micilio, y llamado que fué el Profesor médico de su asistencia, hizole reaccionar, procediendo luego á la reducción de la fractura y á la inmovilización de la extremidad por medio de apósitos, de tablillas y cabestrillo fijado al tronco. En los días primeros que siguieron al traumatismo sufrido experimentó algunas molestias locales, que cesaron á la rectificación del vendaje, y ligero movimiento febril que desapareció sin auxilio terapéutico alguno. Continuó después en un período de calma relativa, permitiéndole la fractura levantarse de la cama, pasearse y dedicarse á ocupaciones pasivas. A principios de Octubre decidió el Médico quitar el apósito, y al descubrir la extremidad lesionada se observó que, lejos de haber consolidado la fractura, mostraba una facilidad grande á los movimientos, los cuales se ejercían sin dolor y en todos sentidos en aquella falsa articulación formada.

Al mismo tiempo la articulación del codo, por la inmovilidad permanente que sufrió mientras estuvo colocado el apósito, se mostraba anquilosada, y la extremidad en su totalidad revelaba la atrofia consecutiva al reposo muscular prolongado y á los desórdenes tróficos del traumatismo verificado. Gran decepción por parte del enfermo más que por la del Médico, que no podía dejar de ignorar este accidente, menos excepcional de lo que parece, por causas ya generales ya locales.

Aconsejado por la familia, llegó el Juan Rosado á Sevilla á consultar el caso con Médicos de la localidad, que le aconsejaron la amputación del brazo como único remedio, y en estas circunstancias presentóse en el hospital militar, en donde el Sr. Director le citó para el día siguiente con objeto de que fuese visto por el mayor número de compañeros. Y en efecto, en este día tuvo lugar en la sala de Profesores la consulta indicada, á la que asistieron, bajo la presidencia del Sr. Bernal, Director accidental, el Subinspector de segunda Sr. Jordán, los Médicos mayores Sres. Pérez Casabal, Alfau y Huelva, los primeros Sres. Fernández Jaro, Cornejo, Gal-

nares, Moral y Arias y los segundos Sres. Pastor, Fernández y Corradi, juntamente con el que estas líneas escribe. Fué reconocido con suma detención, apreciándose ser el soldado de referencia de temperamento linfático, de constitución pasiva, de aspecto demacrado, de color moreno pálido, de predisposición é idiosincrasia desconocidas, sin que en sus antecedentes personales y hereditarios figure nada que pueda ser factor etiológico para el proceso actual.

Observóse en la unión del tercio medio con el inferior del brazo izquierdo una fractura no consolidada del húmero, caracterizada por los síntomas siguientes: acortamiento en dos centímetros del miembro; anormalidad de dirección del mismo, ocasionada como el anterior por la desviación del fragmento superior hacia arriba y afuera por el deltoides y del inferior hacia atrás y arriba por la retracción elástica del triceps; movilidad anormal del sitio de la fractura, demostrable por los movimientos pasivos; la parte de la extremidad, desde la fractura hacia abajo, pendía en completa relajación muscular y sin que imperase el dominio de la voluntad; crepitación; falta absoluta de dolor, y carencia de síntomas inflamatorios. Notóse además las ya citadas anquilosis del codo y atrofia muscular, obligando al enfermo este conjunto sintomatológico á adoptar una actitud constante de brazo y antebrazo en ángulo recto, unidos al tronco y descansando sobre un cabestrillo.

Se dedujo de todo lo expuesto que ya existía una verdadera pseudo-artrosis, estado patológico mucho más frecuente en el húmero que en los demás huesos, pues sólo en la estadística de Bruns, entre 681 casos de pseudo-artrosis verdaderas, figuran 296 de pseudo-artrosis humerales.

Acordóse por unanimidad en la consulta desechar como medios ineficaces de tratamiento la frotación de los fragmentos, el masaje, las inyecciones de líquidos irritantes, la electropuntura y la ignipuntura, y proceder cuanto antes á la

eliminación de las porciones eventualmente interpuestas, á la resección de las extremidades de los fragmentos y á su unión y fijación por la sutura ósea.

El día 14 de Octubre fué declarado inútil para el servicio por el Tribunal Médico-militar del Distrito, y de conformidad con lo acordado en la consulta, eligióse la mañana del día 19 para la operación.

Desinfectóse la sala de operaciones; se dispuso todo el aparato de vendas, gasas y algodones, que, como el instrumental, sufrió la acción térmica del autoclave, cuyas operaciones previas estuvieron á cargo del Médico segundo D. Juan Fernández, y colocado el enfermo en la camilla recibió el cloroformo de manos del Sr. Pérez Casabal. Una vez anestesiado, practicóse la operación por el que subscribe, inteligente y hábilmente ayudado del Sr. Huelva, con la cooperación valiosa del Director Sr. Folache y de los Sres. Cornejo, Bernal y Corradi.

Hízose una incisión de 12 centímetros próximamente en la parte externa é inferior del brazo, incisión profunda que puso al descubierto el foco patológico, comprobándose en este primer tiempo las causas que indudablemente influyeron para el retardo en la consolidación de la fractura y formación de la pseudo-artrosis. Primeramente la separación exagerada de los extremos óseos, en segundo lugar la interposición de fibras del triceps braquial, que, como en los casos de Boeckel, Ollier y Tillaux, contribuyeron á separar más las referidas extremidades, y por último las escasas energías osteogénicas del individuo, reveladas por aparecer los fragmentos desprovistos de masas callosas, sin vestigios de reacción anterior, frágiles y con tendencias á perder su escasa vitalidad.

Procedióse luego al avivamiento de dichos extremos, y haciendo uso de la sierra de Gigli practicáronse dos sendos cortes oblicuos y correspondientes, de modo que quedaron en amplio contacto las superficies resultantes. Para fijarlas se

empleó la sutura ósea con hilo de plata, valiéndonos del perforador-barrena, que aplicada su punta perpendicularmente á la superficie del húmero, bien sostenido en su cara profunda por un separador, que á su vez servía de punto de apoyo y de protector, verificó dos taladros, uno en cada fragmento. Estos taladros, perpendiculares á la línea de fractura y situados lo más cerca posible de ésta, permitieron introducir el hilo metálico; estirados sus extremos, íntimamente aplicados á la superficie del hueso y retorcidos hasta que la coaptación quedó exacta y firme, fué seccionado y deprimido el extremo terminal hasta ponérsele en contacto con el hueso, hundiéndose en el periostio.

Practicóse después un lavado antiséptico, suturóse la piel, espolvoreóse con xeroformo y se aplicó un apósito inamóvil, terminado lo cual, y suspendida la cloroformización, el operado, ya reaccionado, fué conducido á sala aparte, de buenas condiciones de ventilación y calefacción y colocado en su cama con el miembro afecto convenientemente dispuesto para su más perfecta inmovilización, poniéndosele á dieta de leche y ordenándose ligeros excito-motores que neutralizasen la acción clorofórmica que aún se dejaba sentir.

Al día siguiente marcaba el termómetro 38° en su máxima; despejado el enfermo, sólo aquejaba ligero dolor en la parte afecta, y el vendaje aparecía con mancha sanguinolenta en su porción declive. Quitadas varias circulares de vendas, se confirmó la poca importancia de esta hemorragia capilar, que frecuentemente se observa después de una aplicación algo prolongada de la venda de Esmarch, que en este caso se empleó.

El día 25 la temperatura fué ya normal; no existía dolor espontáneo, y el vendaje, completamente limpio é inodoro, demostraba la ausencia de supuración y de hemorragia. Se le dispuso algunos alimentos sólidos y el jarabe de lactofosfato de cal.

El día 6 de Noviembre le quitamos el vendaje con gran

cuidado para cerciorarnos del estado de la herida, viendo con gran satisfacción que se encontraba cicatrizada de primera intención en casi toda su longitud, por lo que, después de lavada con agua sublimada y espolvoreada con xeroformo, volvióse á colocar el apósito, sin que los movimientos necesarios para ello alteraran la inmovilidad de los fragmentos. Y así continuó sin ningún retroceso ni accidente que complicara la marcha evolutiva del proceso de reparación, nutriéndose su organismo con alimentos reparadores, insistiéndose en los preparados de cal; repuesto de fuerzas, habiéndose iniciado movimientos de la mano y de la extremidad en general, hasta el 4 de Diciembre, en que, reunidos conmigo los Sres. Pérez Casabal, Huelva y el Sr. Director, se procedió á descubrir el brazo lesionado, teniendo todos el sentimiento de apreciar que aún se movían los fragmentos óseos, aunque no con aquella facilidad que presentaba antes de la operación y encontrándose la herida perfectamente cerrada. Ya casi sin esperanzas de éxito volviéronse á colocar las vendas, algodones, férulas y gotieras; se reforzaron las dosis de los reconstituyentes indicados; se le aconsejaron paseos fuera del hospital, por el campo, acompañado de un sanitario, recomendándole muy mucho la inmovilidad de la extremidad, y no queriendo desvanecer en él la remotísima esperanza que aún existía. De esta manera siguió en el establecimiento hasta el 15 de Enero, en que definitivamente procedióse por última vez á juzgar de aquel proceso local; y quitado el apósito, el Médico segundo Sr. Corradi fué el primero que evidenció la soldadura de los fragmentos, y por lo tanto la restitución al estado normal del cuerpo del húmero. Confirmado que esto fué por todos, se le colocó un vendaje circular, y sin dejar el cabestrillo se le recomendaron masajes moderados, consiguiéndose el éxito de conservar un miembro que, aunque inútil para trabajos de fuerza, le sirve para la mayor parte de los usos de la vida de relación, haciéndose esperar que merced á racionales trata-

mientos ha de lograrse vencer la pseudo-anquilosis del codo, pudiendo ya entonces ampliar el funcionalismo del miembro, por lo que el día 5 de Febrero diósele de alta, marchando á su pueblo, en donde continuará las prácticas mecanoterápicas aconsejadas.

Hasta aquí el presente historial, que no ostenta gran novedad ni refiere extraordinarios procedimientos; pero como la Naturaleza es pródiga en enseñanzas, aun en sus más pequeñas manifestaciones, este caso pone á la consideración del clinico dos cosas: la primera, un hecho más á favor de la Cirugía conservadora; él nos enseña que antes de amputar debemos siempre que sea posible intentar la restitución normal del miembro, aun apelando á operaciones como la detallada; la segunda, que debemos en la clinica quirúrgica moderar nuestras impaciencias y no formular juicios aventurados, que días posteriores pueden destruir, como destruyó el mal pronóstico formado en el primer reconocimiento, á los cuarenta y cuatro días de operado, el segundo, que se efectuó á los cuarenta y dos días después del primero.

RAMÓN FIOL,

Médico mayor.

---

## INFLAMACIONES REUMÁTICAS DE LA MEMBRANA VASCULAR DEL OJO

---

De un modo análogo á lo que sucede con otras enfermedades generales, el reuma provoca lesiones graves en la membrana vascular del ojo (iris-cuerpo ciliar-coroides), y aun observamos enfermos en los que las manifestaciones oculares son las primeras de la infección reumática. El estudio de la inflamación crónica de la membrana vascular citada tiene

verdadero interés, en nuestro concepto, desde el punto de vista clínico; nos fijaremos especialmente en los casos más graves de dicha dolencia, que incluimos en la forma clínica de *irido-coroiditis plástica*, de cuya interesante afección presentamos tres observaciones propias.

Siendo demasiado extenso el tema que intentamos exponer, prescindiremos aquí de las formas agudas del referido proceso, mucho menos interesantes porque la iritis aguda reumática presenta, á nuestro juicio, análogos signos clínicos á las demás variedades de iritis. Sin duda bajo la inspiración de una idea preconcebida se ha señalado una inyección periquerática, de un tinte violáceo, acompañada de ligero edema palpebral y de dolor intenso, como síntoma patognomónico de la iritis reumática aguda, pero ninguna estadística seria apoya estas aserciones.

Volviendo á la irido-coroiditis plástica, debemos decir que existen observaciones clásicas, algunas de época remota, cuya etiología está perfectamente comprobada. Los casos célebres en la literatura oftalmológica publicados por Hutchinson, Dolbeau, Soelberg Wells y Gueneau de Mussy, y multitud de observaciones posteriores, no dejan lugar á duda respecto al origen reumático de gran número de flegmasias del iris, del cuerpo ciliar y de la coroides.

Fácilmente se comprende la génesis de la irido-coroiditis plástica: es evidente que desde que un ojo enferma de iritis, en virtud de la íntima relación que existe entre la circulación del iris y la de las demás partes de la membrana vascular, habrá grandes probabilidades de que la inflamación se propague al cuerpo ciliar y á la coroides, ó, por el contrario, que se prepaguen al iris las flegmasias profundas de dicha membrana. Las adherencias que se establecen entre la cara posterior del iris y la cápsula del cristalino por los exudados inflamatorios, más ó menos organizados, que constituyen las *sinequias posteriores*, producen obstáculos considerables al fun-

cionamiento normal del iris, que determinan estiramientos y contracciones anómalas que irritan el cuerpo ciliar. En ocasiones las adherencias son tan completas que todo el borde pupilar del iris se adhiere á la cápsula cristalina, llegando á interceptarse la comunicación entre la cámara anterior y la posterior del ojo; de este modo el humor acuoso segregado por los procesos ciliares, no pudiendo franquear el paso hacia la cámara anterior, se acumula detrás del iris, depositándose entre éste y la cápsula del cristalino; entonces aparece el iris abombado, como echado hacia la córnea, empujado cada vez más por la secreción del cuerpo ciliar. Por otra parte, este cuerpo, sufriendo, además de las anómalas contracciones del iris, la presión del líquido acumulado en la cámara posterior, llega á lesionarse gravemente por los entorpecimientos que ocurren en su circulación sanguínea propia; y así suelen producirse éxtasis venosos á los que siguen exudados que no tardan en invadir los medios transparentes del ojo: el cristalino y el humor vítreo (este último especialmente) aparecen llenos de opacidades movibles, parecidas á copos flotantes, que perturban en gran manera la visión.

La falta de comunicación entre ambas cámaras y la presión ejercida por el cuerpo ciliar por el humor acuoso desempeñan, por consiguiente, un papel de gran trascendencia en el curso de la irido-coroiditis, y deben tenerse muy en cuenta estos datos patogénicos en el tratamiento de dicha afección, porque uno de los problemas más interesantes que debemos resolver estriba en el restablecimiento del equilibrio circulatorio del ojo.

En ocasiones, la enfermedad comienza por la coroides, y tampoco es raro que empiece por una verdadera ciclitis, ocurriendo entonces algo parecido á lo que sucede con los enclavamientos de cuerpos extraños cerca del círculo ciliar, que determinan una violencia mayor de los fenómenos inflamatorios.

Las lesiones que observamos en esta afección varían desde

la simple hiperemia de la membrana vascular hasta la infiltración purulenta de las membranas y de los medios del ojo. Sin embargo, la esclerótica pocas veces llega á alterarse, generalmente en ella sólo se aprecia un ligero tinte rosado; puede ocurrir, no obstante, cuando la córnea se lesiona gravemente, que la esclerótica participe en mayor grado del proceso, presentándose á veces notablemente adelgazada, de un color gris ó azulado, y en otros casos con dilataciones ó abolladuras. El tejido subconjuntival aparece fuertemente inyectado, y en ocasiones es asiento de exudaciones serosas. La córnea en unos casos se presenta normal y en otros se altera notablemente, como las demás membranas del ojo; aparece á veces muy vascularizada, con capilares rellenos de sangre, y en algunos puntos se ven pelotones de glóbulos blancos, formando como abscesos microscópicos, especialmente en aquellos sitios en donde abundan los vasos capilares neoformados; otras veces, los glóbulos blancos infiltran la córnea de una manera difusa, y no es raro observar en algunos enfermos el aspecto típico de la queratitis punteada. La cámara anterior está generalmente disminuída en profundidad hacia la periferia, pero resulta agrandada en su parte central por las adherencias del borde pupilar del iris á la cápsula del cristalino; el humor acuoso se presenta limpio rara vez, generalmente se ve más ó menos turbio, llega á veces á desaparecer, reemplazándole masas exudativas ó membranas de nueva formación, y, en ocasiones, el pus se deposita en la parte inferior de la cámara, constituyéndose el hipopión.

El iris puede presentar todos los grados de alteración posible, desde la simple congestión hasta la purulencia completa; frecuentemente toma un aspecto tomentoso y llega á atrofiarse, desgarrándose su tejido fácilmente; en ocasiones, existe una hipergénesis del tejido celular que acompaña á los vasos; el campo pupilar aparece á veces ocupado por una membrana muy fina de nueva formación, y no es raro observar, á conse-

cuencia de intensas flegmasias, la infiltración purulenta del iris. En la coroides y en el aparato ciliar tienen lugar alteraciones muy importantes: los vasos aparecen ingurgitados y obsérvanse numerosas extravasaciones de sangre; la coroides aparece como hipertrofiada y más adherida á la esclerótica, al nivel de la papila, que en el estado normal, existiendo también adherencias anormales entre la retina y la coroides, lo cual puede constituir una favorable circunstancia porque evita en algunos casos los desprendimientos retinianos. Preséntanse en el cuerpo ciliar, lo mismo que en la coroides, zonas en donde el tejido conjuntivo de nueva formación destruye los elementos propios de dichas membranas, y en otros casos también infiltraciones purulentas pueden destruir por completo el tejido propio de aquéllas. Las alteraciones principales de la retina son las infiltraciones de pus y la destrucción de los elementos nerviosos, siendo frecuentes los desprendimientos retinianos, que hacen tan desfavorable el pronóstico de las flegmasias irido-coroideas.

El cuerpo vítreo presenta copos más ó menos espesos, formados por pequeños corpúsculos purulentos y sanguíneos que acaban por alterar notablemente su transparencia, y el cristalino también se presenta opacificado parcialmente por la degeneración que sufren sus capas corticales. En ocasiones el humor vítreo aparece retraído, y se reduce á una masa blanquecina, densa, con granulaciones pigmentarias, adherida á la cara interna del cuerpo ciliar y al cristalino, apareciendo aquél deprimido; estas condensaciones y retracciones del humor vítreo acarrear en muchos casos el desprendimiento de la coroides; esta membrana aparece cubierta de manchas hemorrágicas, el pigmento está disminuido y substituido á veces por células deformadas, viéndose además la obliteración de las arterias ciliares por procesos embólicos. Las lesiones á veces se propagan al nervio óptico, originando su atrofia. Citaremos, por último, la obliteración de la arteria

central de la retina, las varicosidades de las venas centrales, y en algunos casos también su completa obliteración.

SÍNTOMAS Y MARCHA.—*Primer periodo.*—Aprécianse en este periodo vestigios más ó menos recientes de inflamaciones del iris, puesto que es la regla que la enfermedad debute por esa membrana en la inmensa mayoría de los casos; pero otras veces empieza por la coroides, y uno de los primeros fenómenos que observamos son las opacidades en el humor vítreo, presentándose mucho tiempo después una inyección periquerática intensa que puede llegar al quémosis, dolor espontáneo ó provocado por la más ligera presión en la región ciliar y cambios de profundidad de la cámara anterior, debidos especialmente á los exudados iríticos, que hacen contraer adherencias al iris con la cápsula del cristalino, á la que se aplica más ó menos extensamente, pudiendo llegar á desaparecer la cámara posterior; de este modo la anterior resulta aumentada en profundidad.

Pero en ocasiones las adherencias se limitan al borde interno ó pupilar del iris, no son completas y no se verifica la unión total entre la cápsula y la cara posterior del iris; por consiguiente, en estos casos el espacio de la cámara posterior persiste y se rellena de humor acuoso, que no puede pasar á la cámara anterior por la adherencia del borde pupilar del iris á la cápsula; no hay, pues, comunicación entre las dos cámaras del ojo. El humor acuoso acumulado detrás del iris empuja á éste y aparece dicha membrana abombada hacia la córnea en la periferia del iris; en esta parte periférica la cámara anterior disminuye en profundidad, pero en el centro la profundidad está aumentada porque el borde pupilar adherido á la cápsula no avanza hacia la córnea.

La cámara anterior conserva durante algún tiempo su transparencia habitual, pero pronto los obstáculos indicados que perturban la circulación del aparato ciliar acaban por alterar la transparencia del humor acuoso. Efectivamente, el

cuerpo ciliar, comprimido por el humor acuoso que él segrega, y que ya no pasa á la cámara anterior, se hace asiento de congestiones profundas, de verdaderas flegmasías, que determinan, en lugar de la secreción fisiológica del referido humor, trasudaciones serosas, exudados que alteran la transparencia de los medios del ojo.

(Continuará).

V. SUÁREZ PUERTO,

Médico mayor.

---

## FARMACIA PRÁCTICA

---

### Aceites.

Suprimidos, y con buen acuerdo, siguiendo á la Farmacopea Española, un sinnúmero de ellos, se dictamina en el Formulario que el de *bacalao* sea el *claro*; faltan en el Catálogo el de bacalao yodado, que parece lleva poco *yodo*, y en cuya preparación se agrega una pequeña cantidad de *yoduro sódico*, innecesaria para la solución de aquél, ya que el *índice* del *yodo* en el aceite de bacalao es bastante mayor que de *uno en mil*, y el *aceite gris* (pág. 327).

Los aceites yodados de la mayoría de los Códigos son de 5 por 1.000.

Respecto al aceite de *estramonio compuesto*, ya que no todas las plantas narcóticas se pueden cultivar en los jardines de los hospitales, y ya que los *extractos fluidos* no han dado buenos resultados en la preparación de aceites, sería más práctico y se obtendría con más uniformidad si el Laboratorio enviase *polvos compuestos*, y por separado proporcionalmente los de las *especies narcóticas* y las *aromáticas*.

### Aguas.

Es preciso hacer notar, y bien explicado á nuestros practicantes, y tenerlo siempre en cuenta, que *agua de Goulard* no es sinónimo de *vegeto mineral*, ya que una lleva acetato de plomo *crystalizado* y agua destilada y la otra solución de acetato básico y agua común. *Agua oxigenada* es lo que debe ser solución de *peróxido de hidrógeno*. Para graduarla puede utilizarse el *ureómetro* de dotación.

Como no son de Catálogo las sumidades *frescas* de *melisa* y *menta*, no podrán elaborar las farmacias las aguas destiladas de su clase.

### Alcoholados.

El nuevo Formulario ahorra el trabajo de calcular cada vez el alcohol de 90° que había de ponerse para hacerle de 60 ú 80 y luego darles por preparados para volverles á descomponer en el libro de preparaciones. ¡Lástima que no haya dictaminado se hagan por *reemplazo* más que tres alcoholados, el de raíz de acónito, de ajenjos compuesto y quebracho! La Farmacopea Española los obtiene en general por lixiviación de la parte vegetal, y si el material (bálsamo, resina) es soluble, por maceración, y si llevan de los dos, por lixiviación del uno y maceración del otro.

En el Formulario ha triunfado la opinión de obtener números redondos de producto, y la diferencia más notable está en el *alcoholado de árnica*, que el de las farmacias civiles, siguiendo la Farmacopea Española, está hecho con *rizoma* y *flor*, y el nuestro con sólo *flor de árnica*.

En caso de necesidad y en hospitales de campaña hemos hecho el alcoholado de árnica, ya que por el gran volumen del material no siempre teníamos utensilio adecuado, infundiendo la flor en la cantidad de agua hirviendo necesaria para rebajar el alcohol, y después de fría la infusión agregando éste y dejándolo en contacto el tiempo adecuado. Cuando el

alcohol es de 94:95° es muy práctico este modo de hacer.

Cosa análoga hacemos con el jabón del *bálsamo Opòdel-doch*, disolverle en el agua y añadir el alcohol, reservando parte en que vaya disuelto el alcanfor y las esencias para agregarlo á la solución anterior, filtrada.

En este preparado la piedra de toque son los jabones comerciales, cosa que ha obligado á la Farmacopea Española á dar la fórmula de un verdadero jabón sódico; en los trabajos prácticos para la publicación de la edición 7.<sup>a</sup>, que hemos presenciado en parte, se pensó hasta en un jabón de aceite de ricino, cosa á que en campaña podíamos recurrir á falta de otro, utilizando su solubilidad en alcohol, la grande de la sosa en el agua y el que si por cualquier evento queda aceite sin saponificar el amoniaco á añadir terminará de hacerlo.

Anotemos que el alcoholado de *extracto de opio* apareció y aparece en nuestro Formulario, cosa que ocurre con la *solución de Pearson*, no sólo por sus virtudes, si que para facilitar y asegurar la integridad de preparados que lleven *extracto de opio ó arseniato de sosa* en pequeñas cantidades, evitando pesadas y soluciones que no siempre quedan limpidas. Empleando las gotas necesarias—y por ello se cuida el Formulario de marcar la concentración—tendrán los practicantes facilitado el despacho.

El alcoholado ó *elixir de Garus*, destilando según ordena el Formulario, apenas es aromático; en cambio el residuo tiene olor agradabilísimo. ¿Se tratará de obtener en esta parte de la operación los principios *sulfúreos*, que decíamos los antiguos, para luego, en una segunda, como ordena la fórmula original, volver á macerar en este alcohol destilado otras porciones de mirra, áloes, azafrán, etc? Creemos debe revisarse esa fórmula, ya que el *elixir de Garus* de las farmacias civiles tiene color y olor.

El alcoholado de *yodo* de la Farmacopea Española es de 10 en 100, el nuestro es más débil.

El alcoholado de *naranja amarga* no es de Catálogo; suponemos que se elaborará por la fórmula general, ya que se ha de despachar por formar parte del *elixir polibromurado*.

Indudablemente por errata se pide hojas *secas* de coclearia para el alcoholato.

Como se ha hecho de Catálogo el alcoholado de raíces de acónito, no es de criticar queden los alcoholaturos, preparaciones infieles; mas la Farmacopea Española ordena alcoholado de hojas secas de acónito, y también en eso nos diferenciaremos.

#### Azufres.

Debe hacerse de Catálogo el *precipitado*, pues es de gran utilidad y se receta mucho para uso interno, aparte figurar como de uso externo en la fórmula *pomada de óxido de zinc compuesta* (pág. 502).

Y no estaría de más admitir entre *desinfectantes* el fundido en *cañón*, pero dándoles á éstos forma de velas, con su mecha inflamable é interposición de materia adecuada, como ocurre en muchas partes. Y no es nueva la idea, es una resurrección de las pajuelas, que la industria ha aplicado á los lacres.

#### Cápsulas, perlas.

El modo de preparación las distingue bien; pero nuestros practicantes, que sólo conocen su forma exterior, se confundirán, ya que en unos Catálogos aparecen con un nombre y en otros con otros, y en la práctica, el hoy llevar aceite *oscuro* las de bacalao, que antes lo llevaban blanco, ya ha ocasionado reclamaciones.

#### Cáusticos.

Preparaciones antiguas, sólo hemos de indicar que la conservación de los cilindros, bajo cuya forma se presenta la mayor parte, debería hacerse con *abalorio*; así en Alemania,

así en alguna farmacia de Madrid al suministrar medicamentos al hospital clínico de San Carlos. Cuando de nitrato argéntico, tanino, etc., se trata, es indudablemente mejor que la zaragatona.

El de *sulfato cúprico* aparece en dos partes, y el de *servicio especial* es difícil de hacer; el método que hasta ahora se ha seguido en *algunos libros*—desecar el sulfato cúprico y llenar con el polvo blanquecino resultante moldes ó vainas de papel, como de cigarrillos, humedecer estos papeles para que se cuajase en masa cristalina—, que no es práctico, demuestra que tampoco puede obtenerse por *fusión*, como pide el Formulario de Oficiales.

El que vemos en las farmacias civiles, puesto en estuche (porta-cáustico) de madera, cuajado en un solo cristal, debe estar preparado por un procedimiento *español* de 1863, que transcribimos para que se vea que los Farmacéuticos españoles han sido laboriosos y cuidadosos observadores.

«El uso frecuente que se hace del sulfato de cobre como cáustico y lo incómodo que es aplicar esta sal bajo la forma ordinaria de sus cristales, ha hecho que el distinguido Farmacéutico español, D. Mariano Llovet (1), tuviese la buena idea de fundir la sal de cobre, como el nitrato de plata para obtenerle en cilindros. La rapidez con que pierde *su agua de cristalización*, se opone á este resultado, por lo que ha sido preciso buscar otro cuerpo que mezclado no sólo le conservase sus propiedades, si que contribuyese á hacerle tomar la forma deseada. Dicho Profesor ha escogido el sulfato de alúmina y potasa en estas proporciones:

Sulfato de cobre . . . . .	30
Sulfato de alúmina y potasa . . . . .	15

---

(1) Su farmacia de la calle de Escuderos en Segovia tuvo gran fama, y allí practicaron y aprendieron la profesión varios que ocuparon altos puestos; uno O. Isidro Gordero, que llegó á Farmacéutico de la Real Cámara.

Se pulverizan y mezclan ambas sales, se introducen en crisol de arcilla ó porcelana, colocado sobre una lámpara de alcohol ú otro foco de calor á fin de obtener la fusión regular de las dos sales; cuando la materia se ha licuado se vierte en una rielera, *que debe procurarse sea de cobre* para impedir la reducción del cobre de la sal al estado metálico. Si un exceso de temperatura ha alterado la disolución de la mezcla, basta añadir un poco de agua para restablecerla en su punto y facilita la fusión».

«Los cilindros obtenidos por este procedimiento son de color verde azulado claro, lo mismo interior que exteriormente, y ofrecen cierta resistencia á quebrarse, gozan de la misma propiedad cáustica que los cristales ordinarios de la sal cúprica, sin que el alumbre empleado como fundente disminuya en nada su acción, como lo demuestra el uso frecuente que se hace de esta clase de cilindros en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid».—*Pabellón Médico*.

L. NIETO,

Farmacéutico mayor.

---

## LA ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL EN 1906

---

Ajústase este Resumèn, según se expresa á la cabeza de tan interesante trabajo, á los acuerdos de la Conferencia de Budapest en 1894, de Madrid en 1903 y de Berlín en 1907, por más que también debieran citarse los de París en 1900, cuya importancia práctica fué tal que, por la propuesta de un Delegado español de suprimir los cuadros relativos al reclutamiento, se consiguió que en principio se adhirieran al Convenio

internacional Francia, Alemania y España, que hasta entonces no habían aceptado los acuerdos de la Conferencia de Budapest en 1894. La circunstancia de haberse obtenido esto merced á la proposición española, que motivó la solución de un conflicto que alejaba de esta unión estadística á varias potencias militares, era digna de consignarse por espíritu nacional.

Con criterio excelente se han incluido las cifras correspondientes á Alabarderos y Escolta Real en las de las Armas generales de Infantería y Caballería, pues el reducido contingente de aquellas fuerzas hacía que con uno ó dos muertos por cualquier enfermedad, que nada significan en el concepto absoluto, aparecieran con cifras proporcionales desfavorables y verdaderamente injustificadas para deducciones instructivas. Por igual razón se ha suprimido también del contingente de tropa las fuerzas de la Guardia Civil y Carabineros, pues dichas fuerzas, además de depender de Ministerios civiles, se hallan tan diseminadas y se hospitalizan tan poco, que no permite ninguna interpretación el incluir entre los entrados ó muertos en hospitales á la décima parte de los individuos de esos Institutos, cuando nada se sabe del resto.

Realmente las cifras correspondientes, si no á la morbosidad, al menos á la mortalidad de los Jefes y Oficiales que sirven en activo, resultaría interesante comparativamente á las de tropa, y serían fáciles de obtener ordenando su remisión á las Autoridades militares que dan cuenta de las defunciones de aquéllos, y deberían consignar *siempre*, como lo hacen en la mayoría de los casos, los motivos del óbito.

Las cifras favorables de mortalidad sólo han sido superadas durante el último decenio, en 1903, en cuyo año la mortalidad no llegó al 4 por 1.000 (3'93), siguiéndole el de 1906, que me ocupa, con proporción ventajosa para lo observado en nuestro Ejército, cuyas defunciones en el medio militar han sido inferiores varios años á las de Inglaterra, Italia y los Es-

tados Unidos, según demostré cumplidamente hace dos años en un elevado Centro científico (1).

Sólo 1905 y 1904 aparecen con proporciones inferiores al 5 por 1.000, el primero con 4'85 y el segundo con 4'87. Las mejoras obtenidas para la salud de nuestro soldado con las acertadas disposiciones de Guerra en el ramo de Sanidad y con el celo del personal de dicho Cuerpo, quedan demostradas de un modo absoluto y concluyente con sólo recordar las fatídicas cifras de un 10'14 y un 14'21 en 1898 y 99, resultado de la terrible repatriación, en el orden sanitario, de nuestros Ejércitos de Cuba y Filipinas, y las superiores al 8 de 1897 y 1900, bajando al 6'89 en 1902 y al 5'65, para quedar en el 3 y 4, con décimas, en los últimos años.

Los 359 muertos y 30.964 entrados en hospitales (pues los 50.479 asistidos en el cuartel, por lo leve de sus dolencias, no figuran en las proporciones patológicas), correspondientes á 78.538 hombres de fuerza en revista, se distribuyen por Regiones de este modo, en el orden proporcional: aparecen con las cifras más elevadas el primero y el quinto Cuerpo (5'99 y 5'83), y con las menores Canarias y Ceuta (1'29 y 1'76), en lo referente á mortalidad; siendo en el de morbosidad los primeros Melilla (617'4) y el cuarto Cuerpo (450'6), y los últimos Canarias (228'1) y Baleares (337'1).

En el movimiento general por Armas, la Artillería presenta la proporción mayor, de un 5'30 de muertos, y la Administración Militar la menor, de 3'89, y entre los meses sube en Mayo al 0'55 y baja en Noviembre al 0'20.

Entre las guarniciones, en igual concepto, llegan al 9'51 la de Granada y al 6'34 la de Madrid, y no pasan del 0'64 Las Palmas de la Gran Canaria ni del 1'03 Cádiz.

La nomenclatura internacional aceptada para la expre-

---

(1) *La salud del soldado español.*—Discurso pronunciado en la Real Academia de Medicina.—Madrid, Sucesores de Minuesa, 1906, y, además, publicado en los *Anales* de aquella docta Corporación.

sión numérica y proporcional en el orden patológico, presenta como enfermedades que han determinado mayor número de entrados en los hospitales: las de la piel con 3.541 (45'08 por 1.000 del efectivo), bronquitis aguda con 2.746 (34'96 por 1.000), 2.148 de úlceras blandas (27'34), 2.142 de gonorrea (27'27), 2.117 de paludismo (26'95), 2.107 de influenza (26'82), 1.478 de reumatismo articular (18'81) y 1.030 de oftalmias (13'11). Entre las afecciones que tuvieron menos de 1.000 entrados figuran: la sífilis con 691 (8'79), la tuberculosis pulmonar con 533 (6'78), las enfermedades del aparato génito urinario (excluyendo venéreo y sífilis) con 516 (6'57), el sarampión con 458 (5'83) y el tifus abdominal con 371 (4'72). Sólo hubo 186 pulmoniacos en todo el Ejército, 7 enfermos de meningitis cerebro-espinal, 2 de difteria y crup, 4 de disenteria, 25 de apendicitis y *ninguno* de cólera nostras, insolación, escorbuto, tracoma ni tifus exantemático.

Las primeras cifras de mortalidad corresponden: al tifus abdominal, 70 (0'89 por 1.000 del efectivo); tuberculosis pulmonar, 51 (0'64); bronquitis aguda, 16 (0'20); cardiopatías, 10 (0'12); la influenza y pneumonía crupal, á 9 cada una (0'11); la pleuritis, 8 (0'10); meningitis cerebro-espinal, 7 (0'8); sarampión, 6 (0'7); del sistema urinario, 5 (0'6); la apendicitis y paludismo, á 4 (0'5); erisipela, viruela y otras tuberculosis, cada una con 3 muertos (0'4); el reumatismo, la escarlatina y las dermatosis, á 2 (0'2), y con 1 aparecen la fractura ósea y las úlceras (0'1). No hubo ninguna defunción por alcoholismo, difteria, disenteria, fiebre recurrente, sífilis ni enfermedades mentales.

Los cuadros de distribución de dichos padecimientos, por Armas, meses y principales guarniciones, aun siendo curiosos, no se prestan á cita ni consideraciones especiales en una apreciación tan rápida como la entrañada por un artículo periodístico.

Hubo 16 suicidios (0'20 del contingente), é igual número de muertos por accidente.

Los inútiles llegaron á 2.276 (28'9).

El aumento de gráficos en este Resumen es muy digno de cita, apareciendo entre ellos el mapa de la distribución territorial de España, indicándose en cada Región las cifras absolutas de promedio de fuerza en revista y las proporcionales de morbosidad y mortalidad; los gráficos de morbosidad y mortalidad hospitalaria, con relación al contingente y las diversas Armas, meses, principales enfermedades, años de servicio y edad, y los gráficos compendiados en dichos conceptos de viruela, sarampión, sífilis, pneumonía, tifoidea, tuberculosis pulmonar y, por último, de las licencias por enfermos concedidas y de los inútiles totales, con relación á la fuerza en revista, Armas y meses.

Completa este trabajo el gráfico concerniente á la vacunación, por el que se sabe que fueron inoculados de la linfa vacuna 35.080 soldados, 25.859 con éxito satisfactorio, lo que supone una proporción favorable del 737'1 por 1.000. Con cifras inferiores á las nuestras aparecen: Francia, cuya proporción fué la poco halagüeña del 279'4 por 1.000; Holanda, con 554'8; Rusia, con 657'8, é Italia, con 706. Sólo nos superan Inglaterra, con 846'4 por 1.000; Austria-Hungría, con 951, y Alemania, con 955'9.

Se aprecia, por todo lo dicho, que nuestro Ejército puede estar satisfecho de la gestión de su Cuerpo de Sanidad Militar, siendo digno del mayor elogio el Jefe de la Sección de Sanidad Militar D. Pedro Altayó y el personal que le ha secundado en tan brillante trabajo.

Así se sirven los intereses, no sólo de nuestra profesión, humanitaria y altruista por excelencia, sino del Ejército, y lo que es más importante y común á todos, de la Patria.

ANGEL DE LARRA,

Médico mayor.

---

## COMUNICACIÓN INTERESANTE

En las últimas sesiones celebradas por la Academia Médico-Quirúrgica Española, se ha discutido ampliamente por los Académicos más prestigiosos de la profesión la interesantísima comunicación presentada por nuestro compañero el Médico primero Sr. Alonso y García-Sierra (D. Emilio), sobre «Nuevas orientaciones en el tratamiento de la meningitis, basadas en el empleo de la punción lumbar y de la seroterapia opsónica».

Lo mismo la prensa profesional que los grandes rotativos, se han ocupado de su trabajo encomiándole como se merece, y sería injusto no reflejar aquí el éxito logrado por el conferenciante, tratándose de uno de los elementos jóvenes que más honran el Cuerpo por su laboriosidad, llevando á tan altos centros la demostración del saber de los Médicos militares.

La novedad del asunto, la bien fundamentada estadística obtenida de su clínica particular de enfermedades de niños, la bibliografía completa presentada, llamaron poderosamente la atención de la Academia, haciendo emitir á los Sres. Fernández de Sanz, Orquellada, Juarros, Valle y Aldabalde, Barragán, Arredondo, Castresana, etc., juicios sumamente lisonjeros para el trabajo que se discutirá, que ha sido por todos considerado el más importante y completo de los hasta ahora presentados en el curso actual.

El Sr. García-Sierra indicó que sus experiencias nacieron de los trabajos publicados por su ilustrado compañero Sr. Juarros en nuestra REVISTA, y de las enseñanzas de su Jefe y maestro Sr. Martín Salazar, en lo que se refiere á aplicar á la meningitis las deducciones derivadas del estudio de los sueros opsónicos.

Las principales deducciones que puso á discusión fueron las siguientes:

1.<sup>a</sup> La terapéutica de las leptameningitis debe orientarse por otros derroteros más en armonía con los conocimientos que tenemos hoy de las infecciones, contrarrestando los dos modos genéticos de muerte, la compresión y la infección de los centros nerviosos.

2.<sup>a</sup> La compresión se evita con la punción lumbar, repetida según los casos, y que metódica, científica y oportunamente practicada es operación que sólo ventajas puede proporcionar.

3.<sup>a</sup> La punción lumbar no origina más que incidentes operatorios, y sólo da lugar á accidentes serios cuando se olvidan las reglas de la más exquisita asepsia ó se extraen más de 50 cc. de líquido en los niños, ó 60 cc. en los adultos en una sola sesión.

4.<sup>a</sup> Preseindiendo de las exageraciones que éxitos asombrosos han venido desfigurando desde Netter y Conutti la imparcial y razonada labor clínica, puede decirse que la punción lumbar no es un remedio absoluto, ni aun en las meningitis supuradas, donde según todos la curación es la regla, así como en la tuberculosa es la excepción, sino que es un excelente medio descompresivo y de drenaje de materias sépticas, pero incapaz de realizar la curación por sí, interin el organismo no cuente, natural ó artificialmente adquiridos, con aquellos elementos ó anticuerpos defensivos con los que la naturaleza realiza la curación espontánea de toda infección.

5.<sup>a</sup> Que basado en estas doctrinas, propone seguir el tratamiento por él empleado, que es completar los buenos resultados de la punción con la inyección de sueros que contrarresten los efectos que la infección produce, valiéndose para su determinismo del análisis bacteriológico, por el método de Conradi, del producto obtenido por la punción primera.

6.<sup>a</sup> Que los sueros anticócicos que han de emplearse en las formas distintas, con excepción hecha de la tuberculosa y eberthiana, corresponden á la moderna categoría de sueros opsonicos.

7.<sup>a</sup> Que la clínica y la bacteriología aportan elementos de juicio bastantes á hacer un diagnóstico precoz para que la combinada acción de ambos recursos sea eficaz.

8.<sup>a</sup> Que el hecho, bien comprobado, de no lograrse resultados tan satisfactorios en la forma tuberculosa como en las supuradas, serosa, cerebro-espinal, etc., confirma que la punción sola no puede curar cuando el elemento infeccioso no puede contrarrestarse, como ocurre en aquel particular caso, bien por su especial estructura (capa cérea), ora por los elementos defensivos de que se rodea (antifaginas).

9.<sup>a</sup> Que de las observaciones que presenta á la Academia, se deduce que con esta orientación terapéutica el diagnóstico de la meningitis no equivale, como decía Hutinel, á una sentencia de muerte, sino que el pronóstico se mejora de un modo considerable; y

10. Que como coadyuvantes del tratamiento deben emplearse el gorro de hielo, los baños calientes y aquellas prescripciones higiénicas nacidas del peculiar asiento de estas infecciones.

Celebramos como cosa propia el éxito logrado por nuestro compañero, por ser ese el camino que nosotros hemos indicado muchas veces á los que sientan estímulos de engrandecer el Cuerpo á que pertenecen.



## PRENSA MÉDICA

**Inyecciones de morfina en el cólera.**—El Dr. Burkitt dice haber conseguido curaciones rápidas del cólera por medio de la morfina. Afirma que es conveniente apelar á este tratamiento apenas se inician los primeros síntomas de la enfermedad, practicando una inyección hipodérmica á la dosis de 15 á 20 cen-

tigramos. Manifiesta que interviniendo con tal premura obtuvo completo éxito en todos los casos, siempre que aún no hubiera aparecido el colapso, y aún consiguió curar algunos pacientes sumergidos en profundo coma, aparentemente moribundos. En estos últimos casos, inmediatamente des-

pués de la inyección de morfina hacía otra inyección intravenosa de suero artificial.

La morfina, añade, detiene en seguida los vómitos, diarreas, calambres, etc.; el enfermo se tranquiliza, pide de beber, consumiendo gran cantidad de agua ó de infusión de té y duerme de cinco á ocho horas. Al despertar no presenta síntomas de colapso; alguna vez, á las ocho ó doce horas de la inyección, vomita una ó dos veces, y desaparecen los vómitos en lo sucesivo.

El autor ha visto en ocasiones que á las veinticuatro horas de la inyección suele reaparecer el síndrome coleriforme, hecho que atribuye á no haber cumplido el paciente con rigor la prescripción de la dieta absoluta, que debe observar durante un día. Cuando esto sucede no debe dudarse en practicar en seguida otra inyección de 15 centigramos de morfina, con lo que se logrará que desaparezcan en absoluto los síntomas del cólera.

(*British. Med. Journ.*)

\* \* \*

**Síntomas cutáneos de la tripanosomiasis humana.** — Los *Annali di Medicina Navale é Coloniale* dan cuenta de un trabajo de Dané, publicado en los *Ann. de Dermatologie et de Syphiliographie* acerca del mencionado asunto. Dice el autor que poco después de la picadura de la glosina, ya en uno, ya en varios puntos de la superficie cutánea, aparecen manchas rosáceas, ligeramente elevadas sobre la piel, que producen sensaciones de calor y de tensión, más bien molestas que dolorosas. Al siguiente día se observa á veces un pequeño forúnculo achatado, redondeado, de color violáceo, próximamente del tamaño de una peseta.

Estas manifestaciones están siempre acompañadas de infarto doloroso de los ganglios linfáticos correspondientes. Todo esto desaparece pronto, quedando sólo una mancha oscura, que acaba por borrarse.

La reacción descripta hace temer que se presente supuración, pero esto jamás sucede; en cambio, en ocasiones aparecen síntomas generales, muy poco persistentes, los cuales parecen dependientes de la inoculación de las sustancias irritantes segregadas por la mosca ó de una infección por microbios vulgares inoculados á la vez que el tripanosoma. La aparición de estos signos permite apreciar la duración del período de incubación de la enfermedad, período que oscila entre veinticuatro horas y catorce días, y aun más en raras ocasiones.

\* \* \*

**Estudio de la sangre en la blenorragia.** — El Dr. Sarra (*Gazz. degli Osped.*, núm. 104, 1908), en vista del aspecto general de los enfermos atacados de gonococia, ha hecho algunas curiosas investigaciones sobre los cambios que experimenta la sangre. Sus conclusiones son las siguientes:

En los primeros días de uretritis anterior aguda, los corpúsculos rojos y la hemoglobina oscilan dentro de ciertos límites, que pueden considerarse normales; pero cuando la total uretra es afectada, entonces los síntomas de ligera anemia son manifiestos. Un cambio más marcado se presenta en los glóbulos blancos cuando la invasión de la uretra es extensa y, sobre todo, cuando sobrevienen complicaciones, pues entonces es muy marcada la hiperleucocitosis. Esta hiperleucocitosis está principalmente re-

presentada por células polinucleares neutrófilas, y cuando la uretritis se mejora aumentan las cosinófilas. En la uretritis crónica la sangre varía poco y oscila dentro

de los límites normales. Estos hechos confirman la concepción clínica de que durante el estado agudo de la blenorragia existe una cierta infección general.

---

## ASOCIACIÓN FILANTRÓPICA DE SANIDAD MILITAR

---

En Madrid á 10 de Febrero de 1909, reunidos en Junta general ordinaria los señores que á continuación se expresan, bajo la presidencia del Excmo. Sr. D. Pedro Altayó y Moratones, éste manifestó á la Junta que el objeto de la misma era cumplir un deber reglamentario, y con el fin de constituirla legalmente, dispuso que por el Secretario que suscribe se diese lectura, como lo hizo, de la relación en que constan los señores socios residentes en Madrid que tenían representaciones de otros de provincias, y resultando que los representados y presentes sumaban más de la mitad del número de los inscriptos, el Sr. Presidente declaró abierta la sesión, dándose lectura del acta de la Junta general anterior, la cual fué aprobada por unanimidad. También se dió lectura de la Directiva, preparatoria de la general, así como de la correspondiente á la sesión que se celebró al final del tercer trimestre, en la que se acordó declarar con derecho á la cuota funeraria á la familia del socio fallecido D. José Huertas Lozano.

La Junta aprobó por unanimidad lo acordado por la Directiva respecto á la entrega de la cuota á los herederos del citado socio.

Acto seguido el Secretario dió lectura de una relación de señores socios que han pedido su baja. El Sr. Presidente manifestó que se habían practicado las gestiones oportunas para hacer desistir á los mismos de una resolución nada conforme con los deberes del compañerismo, especialmente por tratarse de una Asociación que no sólo proporciona algunos recursos á las familias de los compañeros que mueren, sino que atiende también al prestigio del Cuerpo, proporcionando decorosa sepultura á los que en vida fueron individuos de él. El Sr. Presidente pidió á la Junta autorización para que se consignase en acta el sentimiento que le causaba la actitud de dichos compañeros y que se gestionase que en la REVISTA DE SANIDAD MILITAR Y MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA se publiquen

los nombres de dichos señores para conocimiento de todos, ya que se separan del común sentir de la colectividad. Estos son:

- D. Ricardo González Arau.
- D. Francisco Monserrat.
- D. José Paredes Rodríguez.
- D. José Reig y Gascó.
- D. Eliodoro Palacios Gallo.
- D. Juan del Río Balaguer.

El Sr. de Larra se muestra conforme con lo dicho por el Sr. Presidente, y el Sr. Sánchez y Sánchez manifiesta que debe hacerse constar el sentimiento de la Junta, pero que este sentimiento no signifique más que el que produce el incumplimiento por parte de algunos del artículo 2.º del Reglamento.

También se acordó que la Presidencia apremiase por medio de oficio á los señores socios que se hallan en descubierto del pago de sus cuotas.

Seguidamente se dió cuenta de los fallecidos en el año de 1908, que son los siguientes:

- D. Joaquín Vela y Buesa.
- D. Rafael Sanz Mozete.
- Excmo. Sr. D. Jenaro Rodríguez de Córdoba.
- D. Antonio Rovira López.
- D. Manuel Martín Costea.
- D. Antonio Cordero y Ferrer.
- D. Abudemio Ruiz Lozano.
- Sr. D. José Tójar del Castillo.
- Sr. D. José Elías Herrero.
- D. José Huertas Lozano.
- Excmo. Sr. D. Gregorio Andrés Espala.
- D. Saulo Revuelta Fernández.
- D. Rafael Sánchez García.

La Junta acordó constase en acta el sentimiento que le había causado la pérdida de tan dignos compañeros.

Acto seguido el Sr. Tesorero dió lectura de la cuenta general del año 1908, cuyo resumen es como sigue:

	Pesetas.
Importa el <i>Debe</i> .....	50.950'84
Idem el <i>Haber</i> .....	28.519'95
Existencia en Caja.....	22.430'89

La Junta aprobó dicha cuenta por unanimidad.

Procedióse por el Secretario que suscribe al escrutinio de los votos para la elección de los cargos de confianza que con arreglo á Reglamento debían renovarse al empezar el presente año. Efectuado, resultaron: para Vocal 2.º D. Francisco Braña con 491 votos, D. José García Montorio con 2, D. Angel de Larra con 3 y don José Portas con 1. Para Vocal 4.º D. Luis Izquierdo con 491, don Francisco Aracama con 3, D. José Paredes con 1, D. José Maffei con 2 y D. Angel Rodríguez con 2. Para Tesorero D. Angel Rodríguez Vázquez con 491, D. Antonio Amo con 3, D. Luis Izquierdo con 2 y D. Angel de Larra con 1, y para Secretario D. Agustín Vam-Baumberghen con 491, D. Filiberto Cuadros con 4 y D. Francisco Fernández Cogolludo con 2.

En vista del resultado fueron elegidos por mayoría absoluta:

D. Francisco Braña, Vocal 2.º

D. Luis Izquierdo, Vocal 4.º

D. Angel Rodríguez Vázquez, Tesorero.

D. Agustín Vam-Baumberghen, Secretario.

Y cesan en dichos cargos respectivamente:

D. Angel de Larra.

D. Martín Bayod.

D. Enrique Izquierdo.

D. Joaquín Aller.

El Sr. Presidente hizo el resumen de la sesión, fijándose principalmente en el estado floreciente de la Sociedad, que ha podido pagar en el último año no sólo las cuotas correspondientes á las defunciones ocurridas, sino también 7.500 pesetas de atrasos á familias que sólo habían percibido 1.000, quedando un remanente de 22.430'89 pesetas, que es cuanto podía esperarse, dadas las angustias por que venía pasando la Sociedad en años anteriores, y cuyo resultado favorable se debe al concurso casi unánime del Cuerpo y á las excelentes gestiones que practicó la Directiva antes de posesionarse él de la Presidencia.

Y no habiendo ningún otro asunto de que tratar, el Sr. Presidente levantó la sesión.

---

## VARIEDADES

Con motivo de haber sido designado para el cargo de Inspector general de Sanidad exterior nuestro compañero el Médico mayor D. Manuel Martín Salazar, varios periódicos políticos y profesionales se han ocupado en forma laudatoria del referido nombramiento, por lo que la REVISTA se apresura á enviarles las más expresivas gracias.

---

## SECCIÓN OFICIAL

12 Marzo.—Ley (*D. O.* núm. 58) relativa al ascenso en el Cuerpo de Inválidos.

» » Real orden (*D. O.* núm. 58) disponiendo que los Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se expresan:

*Farmacéuticos primeros:* D. Félix Gómez Díaz, á excedente y en comisión al Laboratorio sucursal de Málaga; D. Eugenio Tocino Sánchez, al hospital de Cádiz; D. Antonio Casanovas Llovet, al hospital de Sevilla, y D. Felipe Sánchez Tutor, á excedente y en comisión, en plaza de segundo, á la farmacia sucursal de Sevilla.

*Farmacéutico segundo* D. Manuel Fontán Amat, al Laboratorio sucursal de Málaga.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 59) disponiendo que se anote en la hoja de servicios del Farmacéutico primero D. José Ubeda y Correal el nombramiento que se le confirió de Vocal del Real Consejo de Sanidad y se haga constar en los documentos oficiales que se le dirijan el tratamiento que por dicho cargo le corresponde.

13 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 60) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir seis galvano-cauterios de Chardin.

16 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 61) disponiendo entre en turno de colocación el Médico mayor D. David Pardo Reguera.

17 Marzo. — Real orden (*D. O.* núm. 62) concediendo al Médico primero D. Angel Morales y Fernández veinte días de licencia, por asuntos propios, para Italia.

» » Reales órdenes (*D. O.* núm. 63) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Esteban Gutiérrez del Olmo, D. Pedro León y Jiménez, D. Pedro Cardín Cruz y D. Manuel Huelva Romero; á los Médicos primeros D. Salvador Sausano Vives, D. Emilio Soler Rodríguez y D. Celestino Moreno Ochoa; á los Médicos segundos D. Gonzalo Martín Barrales y D. Luis Gabarda Sitjas, y al Farmacéutico segundo don Francisco de Cala Martí.

» » Real orden (*D. O.* núm. 64) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Francisco Soler y Garde y D. Antonio Solduga Pont.

18 » Idem íd. (*D. O.* núm. 63) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Francisco Tejero y Espina.

22 » Idem íd. (*D. O.* núm. 65) disponiendo, por convenir al mejor servicio, que el Subinspector médico de primera clase don Rafael Mira y Merino, Jefe de Sanidad de Mallorca, pase destinado al hospital de Burgos, de Director, y el de igual categoría D. José de la Cruz y Gil de Bernabé quede destinado de Jefe de Sanidad de Mallorca y Director del hospital de Palma.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 65) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á la situación ó á servir los destinos que se les señalan:

*Subinspectores médicos de segunda clase:* D. José Clairac y Blasco, á excedente y en comisión á la liquidadora de Capitánías generales y Subinspecciones de Ultramar, y D. Manuel Barreiro y Martelo, á la asistencia de Plana mayor de la Capitania general de la octava Región y Subinspección.

*Médicos mayores:* D. David Pardo y Reguera, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros del Ferrol, en plaza de Médico primero; D. Elzeario Benot y Rubio, á la Plana mayor de la Brigada del Cuerpo; D. Fernando Morell y Terry, á la Junta facultativa; D. Eduardo Cisneros y Sevillano, á excedente y en comisión á la Inspección de las

Comisiones liquidadoras del Ejército; D. Manuel Molín y Guerra, á excedente y en comisión á la liquidadora de las Capitanías generales y Subinspecciones de Ultramar, y D. Valentín Suárez Puerto, á la fábrica de Trubia, en plaza de Médico primero.

*Médicos primeros:* D. Alejandro Reino y Soto, á Cazadores de Cataluña; D. Cayetano Gómez y Martínez, al segundo regimiento mixto de Ingenieros; D. Juan Luis y Subijana, al quinto regimiento mixto de Ingenieros; don Francisco Tejero y Espina, á la Escuela de Equitación Militar, y D. José Cancela y Leiro, á Cazadores de Lanzarote.

*Médicos segundos:* D. Eduardo Villegas y Domínguez, al segundo batallón de Bailén; D. Cosme Valdovinos y García, al segundo batallón de Gerona; D. Francisco Gómez y Arroyo, al tercer batallón del Serrallo; D. Alberto Corradi y Rodríguez, al segundo batallón de Granada, y D. Mariano Navarro y Moya, á la segunda sección de la quinta compañía de la Brigada.

22 Marzo.—Real orden (*D. O.* núm. 66) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Pablo Salado y Fernández.

24 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 67) disponiendo pase á situación de supernumerario sin sueldo el Médico mayor D. Manuel Martín Salazar, por haber sido nombrado Inspector general de Sanidad exterior.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 67) disponiendo que los Médicos mayores D. Antonio Casares Gil y D. Rodrigo Moya Litrán pasen destinados, respectivamente, al Instituto de Higiene Militar y al hospital militar de Barcelona.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 68) concediendo al Médico mayor don David Pardo Reguera la gratificación anual de 720 pesetas, correspondiente á diez años de efectividad en su empleo.

» » Idem *íd.* circular (*D. O.* núm. 68) dictando disposiciones relativas al uniforme de campaña.

26 » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 68) dando cuenta del fallecimiento del Inspector médico de primera clase de la reserva don Joaquín Plá y Pujolá.